



Assistindo clientes portadores  
de doenças crônicas no contexto  
ambulatorial e domiciliário

Morte e vida  
Gustav Klimt, 1916.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS**

**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ASSISTINDO CLIENTES PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS NO  
CONTEXTO AMBULATORIAL E DOMICILIÁRIO**

**ANDRESSA BAUER**

**JULIANA MATOS**

**MICHELLE ESTÁCIO**

**FLORIANÓPOLIS**

**2000**

**ANDRESSA BAUER  
JULIANA MATOS  
MICHELLE ESTÁCIO**

**ASSISTINDO CLIENTES PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS NO  
CONTEXTO AMBULATORIAL E DOMICILIÁRIO**

N.Cham. TCC UFSC ENF 0340  
Autor: Bauer, Andressa  
Título: Assistindo clientes portadores d  
  
972492855 Ac. 241573  
Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

CCSM  
TCC  
UFSC  
ENF  
0340  
Ex.1

**Relatório de Trabalho de Conclusão do Curso  
da UFSC, apresentado à disciplina de  
Enfermagem Assistencial Aplicada.**

**Orientadora:** Maria Bettina Camargo Bub

**Co-orientadora:** Ana Rosete Camargo R. Maia

**Supervisoras:** Jane Lúcia dos Santos  
Maria Seloí Coelho

Florianópolis, Dezembro de 2000.

## *Idade Para Ser Feliz*

*“Existe somente uma idade para a gente ser feliz...*

*Somente uma época na vida de cada pessoa  
em que é possível sonhar e fazer planos...*

*E ter energia bastante para realizá-los  
a despeito de todas as dificuldades e obstáculos...*

*Uma só idade para a gente se encantar com a vida  
e viver apaixonadamente...*

*E desfrutar tudo com toda intensidade...*

*...Sem medo nem culpa de sentir prazer.*

*Fase dourada em que a gente pode criar e recriar a vida  
à nossa própria imagem e semelhança...*

*...e vestir-se com todas as cores...*

*...e experimentar todos os sabores...*

*...e entregar-se a todos os amores...*

*...sem preconceito nem pudor...*

*Tempo de entusiasmo e coragem...*

*Em que todo desafio é mais um convite à luta  
que a gente enfrenta com toda disposição!!!...*

*...de tentar algo novo...*

*... de novo...*

*...e...*

*...de novo...*

*...e quantas vezes for preciso!...*

*Essa idade tão fugaz na vida da gente*

*chama-se...*

*PRESENTE!!!*

*e tem a duração do...*

*...INSTANTE QUE PASSA... ”*

*(Autor Desconhecido)*



# *Agradecimentos*

## **À Deus...**

Por nos dar o Dom da Vida, por iluminar nossos caminhos, guiar os nossos passos, por ter nos acalmado nas horas de desespero e por estar sempre conosco.

"Eu pedi forças... e Deus deu-me dificuldades para fazer-me forte.

Eu pedi sabedoria... e Deus deu-me problemas para resolver

Eu pedi prosperidade... e Deus deu-me cérebro e músculos para trabalhar.

Eu pedi coragem... e Deus deu-me obstáculos para superar.

Eu pedi amor... e Deus deu-me pessoas com problemas para ajudar.

Eu pedi favores... e Deus deu-me oportunidades.

Eu não recebi nada do que pedi... mas eu recebi tudo de que precisava." (Autor Desconhecido)

Obrigada por tudo!

## **Aos nossos Pais...**

Por nos dar a Vida, por buscarem sempre nos dar o melhor, mesmo quando tiveram que abrir mão de seus desejos para que pudéssemos realizar os nossos. Pelo exemplo de caráter, de respeito, de dignidade, de honestidade, de amor a vida e ao próximo. Pelo estímulo, pela paciência mesmo nas horas em que não tínhamos razão e por estarem sempre ao nosso lado nos apoiando, acreditando no nosso potencial.

Amamos Vocês!

## **Aos nossos Irmãos...**

Pelo companheirismo, pela força e por muitas vezes suportar nosso mal humor com paciência.

Obrigada Everton, Dani, Nanda, Guto e Carlos!

## **Aos nossos Amigos...**

Por estarem sempre presentes tanto nos momentos de alegria como nos de tristeza. Por falarem as palavras certas nas horas certas. Pelo ombro que muitas vezes foi o ouvido amigo. Pela demonstração de carinho, confiança e incentivo.

Obrigada!

**Ao meu Namorado Leandro...**

Pelo companheirismo, apoio, paciência e por estar sempre ao meu lado.

Te Amo! (Andressa)

**À nossa Orientadora Bettina...**

Pelo apoio, demonstração de conhecimento e profissionalismo. Por ser além de orientadora, companheira.

Obrigada pela palavra amiga e por nos mostrar o caminho!

**À nossa Co-orientadora Ana Rosete...**

Pelo apoio, atenção, disponibilidade e ensino. Pela oportunidade de aprender e crescer.

Obrigada!

**Às nossas Supervisoras Jane e Selo...**

Por dividirem seu espaço, compartilharem seus conhecimentos e pela demonstração de competência e profissionalismo. Pelo incentivo, pela compreensão, por acreditarem em nossa capacidade e por tornarem nosso dia-a-dia mais alegre.

Obrigada por tudo!

**Aos Profissionais da Unimed Lar e da Policlínica...**

Pela receptividade e por se mostrarem prestativos, nos deixando à vontade.

Valeu!

**Aos Clientes e Famílias...**

Sem vocês seria impossível a conclusão de mais esta etapa da nossa vida.

Muitíssimo Obrigada!



## RESUMO

Este trabalho é o relato da prática assistencial da 8ª fase curricular do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Teve como objetivo final assistir clientes e familiares, com diagnóstico de Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica, Acidentes Vasculares Cerebrais e incapacidades decorrentes destas doenças, no contexto ambulatorial e domiciliário. Esta prática realizou-se no período de 13 de Setembro a 17 de Novembro de 2000, em Florianópolis, nos seguintes locais: Unimed Lar e Policlínica de Referência Regional. Para a elaboração do nosso marco conceitual utilizamos conceitos de diferentes autores, incluindo: Elsen et al (1989); Lacerda (1996, 1999); Leininger (1985, 1988, 1991); Referencial Teórico da Policlínica de Referência Regional (1998); *Definition of Commission on Chronic Illness* (1956); Wendhausen (1992); Freire (1979); Portella (1998); Nordenfelt (2000) e Benedet & Bub (1998). Foi definido o perfil da clientela atendida na Unimed Lar e na Policlínica de Referência Regional. Implementou-se o processo de cuidar com quatro clientes, sendo dois destes da Unimed Lar e os outros dois da Policlínica de Referência Regional.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. OBJETIVOS.....	10
2.1 Objetivo Final.....	10
2.2 Objetivos operacionais.....	10
3. MARCO CONCEITUAL.....	11
4. REVISÃO DE LITERATURA.....	19
4.1 Cuidado Domiciliário.....	19
4.2 Cuidado Ambulatorial.....	21
4.3 Diabetes Mellitus.....	22
4.4 Hipertensão Arterial Sistêmica.....	38
4.5 Acidente Vascular Cerebral.....	54
5. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	59
5.1 Caracterização dos locais de estágio.....	59
5.1.1 Unimed Lar.....	59
5.1.2 Policlínica de Referência Regional.....	65
5.2 População Alvo.....	66
5.3 Estratégias de ação.....	66
6. CONHECENDO A CLIENTELA.....	69
6.1 Conhecendo a clientela da Unimed Lar.....	69
6.2 Conhecendo a clientela da Policlínica de Referência Regional.....	72
7. INSTRUMENTALIZANDO A ASSISTÊNCIA.....	76
7.1 Instrumentalizando a assistência na Unimed Lar.....	76
7.2 Instrumentalizando a assistência na Policlínica de Referência Regional.....	77
8. PROCESSO DE CUIDAR.....	84
8.1 Vivências na Unimed Lar.....	84
8.1.1 Vivenciando o processo de cuidar na Unimed Lar.....	85
8.2 Vivências na Policlínica de Referência Regional.....	91
8.2.1 Vivenciando o processo de cuidar na Policlínica de Referência Regional.....	92
9. UM DILEMA ÉTICO.....	98



10. PARTICIPANDO E PROMOVENDO EVENTOS.....	103
11. AVALIANDO A EXPERIÊNCIA.....	106
11.1 Avaliando o marco conceitual.....	106
11.2 Avaliando o processo de cuidar.....	107
11.3 Impressões pessoais.....	108
11.3.1 O cuidado domiciliário – Unimed Lar.....	108
11.3.2 O cuidado ambulatorial – Policlínica de Referência Regional.....	109
12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	110
13. ANEXOS.....	114

## 1. INTRODUÇÃO

Este trabalho faz parte da disciplina Enfermagem Assistencial Aplicada que pertence à 8ª fase curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina que foi realizado na Policlínica de Referência Regional e na Unimed Lar em Florianópolis.

Durante as reflexões para definir o tema deste trabalho, surgiu a idéia de conhecermos o cuidado domiciliário, pois este é uma modalidade de cuidado que não tínhamos entrado em contato durante nossa vida acadêmica. Então, procuramos saber sobre o assunto através da Internet e de uma reunião com a enfermeira responsável pela empresa “Arte de Cuidar”, localizada em Florianópolis, que presta serviço particular no domicílio. A partir desta reunião, o interesse pelo cuidado domiciliário cresceu consideravelmente.

Inicialmente, tínhamos a intenção de trabalhar apenas na Unimed Lar. Porém, devido a problemas de espaço físico isto não foi possível. Foi quando percebemos que a maioria dos clientes atendidos na Unimed Lar eram portadores de doenças crônico-degenerativas. Então, surgiu a idéia de trabalharmos com a prevenção e controle destas doenças no ambulatório da Policlínica de Referência Regional. Foi assim que decidimos que teríamos a Unimed Lar e a Policlínica de Referência Regional como campos de estágio.

Elaboramos o projeto assistencial, englobando as duas modalidades de assistência, ambulatorial e domiciliário. Assim, na Policlínica de Referência Regional, realizamos consultas de enfermagem e atividades educativas com os clientes portadores de Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica, com o propósito de minimizar o risco para complicações incapacitantes como é o caso dos acidentes vasculares cerebrais. Na Unimed Lar, nosso propósito foi prestar cuidado domiciliário aos clientes com incapacidades conseqüentes a Acidente Vascular Cerebral. Sabemos que os problemas de saúde presentes no processo de envelhecimento estão relacionados às doenças crônico-degenerativas. Atualmente, estas doenças constituem-se em importantes problemas de saúde pública, não somente pela incidência mas, sobretudo, pelo importante grau de incapacidade que provocam, agravando o prognóstico vital destes indivíduos e gerando elevado custo social, familiar e psicológico.



Dentre estas doenças a Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS, são as duas que apresentam os maiores índices de morbidade e mortalidade em nosso país. Por este motivo, as colocamos em foco neste trabalho.

A Hipertensão Arterial Sistêmica pode ser definida como a elevação da pressão sistólica acima de 140 mmHg e da diastólica acima de 90 mmHg. Por ser muitas vezes assintomática, é considerada “assassina silenciosa”. Porém, quando a hipertensão é sintomática manifesta-se por cefaléia, taquicardia, visão turva, tontura, edema, epistaxe, dor nos membros inferiores ao caminhar, agitação, insônia, calor excessivo, cansaço, dispnéia e intolerância aos esforços. Os cinco órgãos mais afetados pela hipertensão são: rins, olhos, cérebro, coração e vasos periféricos. As principais complicações da hipertensão são Insuficiência Cardíaca Congestiva, comprometimento renal, diminuição da acuidade visual e Acidente Vascular Cerebral - AVC (Borenstein, 1999).

O Acidente Vascular Cerebral é a complicação presente na maior parte da clientela atendida pela Unimed Lar. Dependendo da localização, extensão da lesão e, também, do fluxo sanguíneo colateral presente na área afetada, pode gerar uma variedade de incapacidades, dentre as principais citamos a incapacidade de formar palavras compreensíveis (afasia expressiva); incapacidade de compreender a palavra falada (afasia receptiva); fraqueza de um dos lados do corpo (hemiparesia); paralisia de um dos lados do corpo (hemiplegia); incapacidade para realizar uma ação aprendida anteriormente (apraxia); dificuldade em falar devido à paralisia dos músculos responsáveis pela produção da fala (disartria); dificuldade em deglutir (disfagia); formigamento e dormência de partes do corpo (parestesia); dificuldade na interpretação de estímulos visuais, táteis e auditivos; diplopia; perda da metade do campo visual (hemianopsia homônima); nível de atenção reduzido; perda da memória de curto e longo prazo; raciocínio abstrato precário; perda do auto-controle; redução da tolerância às situações estressantes e instabilidade emocional.

Já o Diabetes Mellitus, é definido como um distúrbio endócrino, no qual os níveis de glicose sanguíneos apresentam-se elevados (glicose aleatória maior que 200 mg/dl, glicose em jejum maior que 140 mg/dl). Os principais sintomas que o diabetes pode causar incluem: poliúria, polidipsia, emagrecimento, sudorese intensa, tontura e visão turva. (Smeltzer & Bare, 1998).

As complicações estão relacionadas principalmente com alterações vasculares e são: retinopatia diabética, nefropatia, neuropatia, alterações ateroscleróticas (nas artérias coronarianas, nos vasos sanguíneos cerebrais e nos vasos das extremidades inferiores). O problema presente nos pés e pernas dos pacientes diabéticos está relacionado com a perda da sensibilidade (neuropatia) e com a doença vascular periférica.

Ao assistir estes clientes no contexto ambulatorial nossas ações voltaram-se para a prevenção destas complicações. No contexto domiciliário nossas ações voltaram-se para o cuidado das incapacidades e prevenção de novas complicações.

Dentro deste contexto é que apresentamos a seguir o que foi vivenciado por nós durante o estágio na Unimed Lar e na Policlínica de Referência Regional, com a supervisão das Enfermeiras Jane Lúcia dos Santos e Maria Seloí Coelho, respectivamente.



## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Final:**

Assistir clientes e familiares, com diagnóstico de Diabetes Mellitus, Hipertensão, Acidente Vascular Cerebral e incapacidades decorrentes destas doenças, no contexto ambulatorial e domiciliário.

### **2.2 Objetivos Operacionais:**

2.2.1 Planejar o cuidado ambulatorial e domiciliário considerando os aspectos administrativos desta assistência;

2.2.2 Realizar o cuidado ambulatorial e domiciliário ao cliente junto a seus familiares;

2.2.3 Avaliar a assistência prestada.

### 3. MARCO CONCEITUAL

Um marco conceitual é constituído por conceitos que se articulam. Pode ser elaborado a partir dos componentes de uma teoria, ou apenas de parte dos conceitos de teorias. Provê o suporte teórico que auxilia a descrever, explicar e analisar as idéias inerentes ao tema do trabalho de forma lógica, além de servir como suporte para estas idéias e guiar a conceptualização e implementação do tema a ser desenvolvido (Trentini, 1999).

Para Vietta citado por Lacerda (1996) um marco conceitual deve oferecer um modelo fundamental de definições, construído à base de conceitos que se relacionam sob a orientação de um modelo lógico. É a esta relação lógica que os conceitos têm entre si que chamamos de marco conceitual. Além do mais, um marco conceitual deve integrar conhecimentos, que completam o corpo de conhecimentos específicos de uma disciplina ou profissão, consubstanciando e dirigindo sua prática.

Já os conceitos são representações mentais e gerais de determinadas realidades. Mentais, porque não são a realidade em si, mas uma imagem mental dela; são representações gerais, porque contêm características de determinada classe da realidade (Trentini, 1999).

Para a elaboração do nosso marco conceitual utilizamos conceitos de diferentes autores, incluindo Elsen (1989); Lacerda (1996, 1999); Leininger (1985, 1988, 1991); Referencial Teórico da Policlínica de Referência Regional (1998); *Definition of Comission on Chronic Illness* (1956); Wendhausen (1992); Freire (1979); Portella (1998); Nordenfelt e Benedet e Bub (1998).

#### SER HUMANO (CLIENTE)

O ser humano é um ser único e inacabado; tem crenças e valores que lhe são próprios. Vive num ambiente físico e sociocultural em relação com a natureza e o mundo, onde se educa e se transforma pelo diálogo (Leininger, 1985; Freire, 1979 citado por Portella, 1998).

Nasce como membro de uma família, inserida numa comunidade, e sofre a influência de crenças e valores. Adquire e desenvolve hábitos que influenciam seu

processo de viver e envelhecer. É nesse contexto que ele ou ela aprende e compartilha, por meio das experiências e das relações permeadas pela cultura, as práticas de saúde que fazem parte do processo de viver (Portella, 1998).

## FAMÍLIA

A família é *“...uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem como família, que convivem por um espaço de tempo, com uma estrutura e organização em transformação, estabelecendo objetivos comuns e construindo uma história de vida. Os membros de uma família estão unidos por laços de consangüinidade, de interesse e/ou afetividade. Uma família tem identidade própria e, cria e transmite crenças, valores e conhecimentos comuns, influenciados por uma cultura e aspectos sócio-econômicos”* (Elsen, 1989, p.3).

Uma família tem direitos e responsabilidades, tem objetivos definidos, e promove meios para o crescimento e desenvolvimento de seus membros e da própria comunidade.

Uma família também exerce um papel fundamental no cuidado aos seus membros portadores de doenças crônicas, principalmente quando já há a presença de incapacidades. Tanto a prevenção quanto o tratamento das conseqüências das doenças crônicas exigem mudanças de hábitos e de comportamento não apenas do portador, mas também de seus familiares. Isso pode gerar conflitos entre os familiares envolvidos com o cuidado do familiar doente, por causa das grandes modificações na vida quotidiana dos seus membros, tornando o ambiente desarmônico, e dificultando a intervenção dos profissionais.

No cuidado domiciliário isso é muito visível pelos profissionais de saúde já que estes atuam dentro da própria casa, relacionando-se diretamente com toda família. Além de prestar assistência ao cliente, a equipe deve estar preparada para dar apoio e suporte à família.

Segundo Lacerda (1996,p.5) *“quando um membro da família adoece toda a família adoece junto. Assim é necessário ajuda profissional para que a família supere, adapte-se e juntos possam ajustar-se ou superar estes momentos vividos, fazendo deles encontros consigo mesmos e com os outros, para crescerem e viverem a vida plenamente”*.



## AMBIENTE

Ambiente é o espaço físico, social, político, cultural e inclui trabalho, lazer, serviços de saúde, com o qual os indivíduos e as famílias interagem de forma dinâmica ( Baseado no Referencial Teórico da Policlínica de Referência Regional, 1998).

Neste trabalho entramos em contato com dois ambientes distintos: o ambulatorial e o domicílio. O ambiente domiciliar é o local onde o cliente vive com sua família e é o espaço em que ele recebe assistência através do cuidado. É um local carregado de significados e sentimentos, onde ele sente-se mais à vontade e seguro por se tratar de seu espaço. Dentro deste ambiente, o profissional tem a possibilidade de buscar as condutas que mais satisfaçam o cliente, tornando a intervenção mais agradável e efetiva a ambos.

O ambiente ambulatorial é o espaço físico onde se realizam consultas e neste trabalho faz parte de uma instituição pública, que é a Policlínica de Referência Regional, onde realizamos consultas e atividades educativas de enfermagem.

## SAÚDE

A saúde é um processo contínuo e multidimensional (biológica, psicológica, social, cultural e espiritual) decorrente de interações dinâmicas do ser humano com seu ambiente. É compreendida como expressões do processo de vir a ser saudável e adoecer. Reflete as potencialidades e limitações para o cuidado e para realização de atividades cotidianas (Referencial Teórico da Policlínica de Referência Regional, 1998). É comum a todas as culturas e é definida no âmbito de cada cultura, segundo suas crenças, valores e símbolos (Leininger, 1988,1991 citado por Portella 1998).

Saúde é também capacidade para agir, com o propósito de satisfazer necessidades e realizar objetivos vitais de acordo com circunstâncias aceitas (Nordenfelt, 2000; Benedet & Bub, 1998).

## DOENÇA CRÔNICA

Doença é um processo no qual determinados fatores etiológicos causam uma patologia e esta, por sua vez, se manifesta por uma série de sinais e sintomas. Uma doença crônica é caracterizada por uma ou mais das seguintes características: é permanente, deixa uma incapacidade residual, é causada por alterações patológicas irreversíveis, requer treino

especial do cliente para reabilitação com um longo período de supervisão, observação ou cuidado (*Definition of Commission on Chronic Illness*, citado por Santos, 1990).

## INCAPACIDADE

De acordo com a *International Classification for Impairments, Disabilities and Handicaps* – ICIDH (Classificação Internacional das Lesões, Incapacidades e Desvantagens), publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1980 citado por Bub & Nordenfelt, 1999), uma incapacidade é alguma restrição ou perda (resultante de um distúrbio ou lesão) da capacidade para realizar atividades da forma ou na média do que é considerado normal para um dado ser humano (Bub & Nordenfelt, 1999). Como consequência de uma incapacidade, a pessoa tem dificuldades ou fica impossibilitada para realizar as atividades básicas da vida diária - ABVDs, fundamentais para a capacidade de suprir as necessidades humanas básicas e ações de auto-cuidado. É caracterizada por excessos ou deficiências na realização das atividades, as quais podem ser temporárias ou permanentes, reversíveis ou irreversíveis e progressivas ou regressivas.

## ENFERMAGEM

Enfermagem é uma profissão da área da saúde a serviço do ser humano. Exige um corpo de conhecimentos próprio, sistematizado cientificamente que se expressa através do cuidado. Tem como objetivo o desenvolvimento dos potenciais do ser humano (indivíduo, família e grupos sociais), bem como a superação das suas limitações. A enfermagem deve garantir sua atuação em todos níveis das organizações de saúde, exercendo seu processo de trabalho de forma inter e transdisciplinar (Referencial Teórico da Policlínica de Referência Regional, 1998).

## PROCESSO DE CUIDAR

O processo de cuidar tem como objetivo principal guiar as ações de enfermagem com a finalidade de atender as necessidades individuais do cliente e seus objetivos vitais. Através do cuidado é possível identificar e atender as necessidades afetadas e as respostas do cliente aos processos vitais e ao cuidado de enfermagem prestado (Benedet & Bub, 1998).

Segundo Lacerda (1996) “o processo de cuidar é uma construção específica de cada situação de cuidado vivida pela enfermeira e pelo cliente, elaborado entre quem presta e quem recebe cuidados, a partir dos elementos da situação. A situação de cuidado cria-se a partir daquilo que se descobre, manejando as informações provenientes da situação, decodificando-as com a ajuda dos conhecimentos dos envolvidos (enfermeira/cliente/família), para compreender o seu significado e como as utilizar na ação de cuidar”.

Neste trabalho, o desenvolvimento do processo de cuidar foi baseado no modelo apresentado por Benedet & Bub (1998), no qual as autoras propõem um processo fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta é na Classificação Diagnóstica da *North American Nursing Diagnosis Association – NANDA*, constituído por quatro etapas:

- Histórico de Enfermagem;
- Diagnóstico de Enfermagem;
- Intervenção de Enfermagem; e
- Avaliação de Enfermagem.

### **Histórico de enfermagem**

É um roteiro sistematizado para o levantamento de dados sobre a situação de saúde do ser humano, que torna possível a identificação de seus problemas.

Para que as enfermeiras e enfermeiros realizem a coleta de informações de maneira eficiente e eficaz são necessários alguns pré-requisitos como o conhecimento científico, referencial teórico filosófico e habilidades que irão formar o corpo de conhecimentos da enfermagem.

No histórico são coletadas informações subjetivas e objetivas do cliente, utilizando como instrumentos o diálogo, a observação e o exame físico (Benedet & Bub, 1998).

### **Diagnóstico de Enfermagem**

O diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico sobre as respostas do cliente, da família ou da comunidade aos problemas/processos de vida vigentes ou potenciais. Os diagnósticos de enfermagem proporcionam a base para a seleção das intervenções de



enfermagem visando obter resultados pelos quais a enfermeira é responsável (*NANDA* citado por Carpenito, 1999).

### **Intervenção de Enfermagem**

Esta etapa compreende o planejamento, as orientações e a implementação das ações de enfermagem.

O planejamento envolve o desenvolvimento de estratégias a fim de prevenir, minimizar ou corrigir as respostas do cliente identificadas no diagnóstico de enfermagem. Durante o planejamento são definidos quais os resultados esperados diante das ações de enfermagem.

O planejamento atende as respostas humanas básicas ou NHB identificadas no enunciado do diagnóstico de enfermagem, antecede as orientações, e constitui-se numa atividade intelectual. Envolve alguns estágios, cujo primeiro é o estabelecimento de prioridades, através do qual será possível avaliar as NHB do cliente, e definir qual deverá ser atendida primeiro.

Após planejadas, as ações de enfermagem serão documentadas através da prescrição de enfermagem, que consiste num método de documentação entre os componentes da equipe de saúde.

A prescrição de enfermagem deve ter as seguintes características: data, hora de sua elaboração e assinatura do(a) enfermeiro(a).

Após as ações de enfermagem serem planejadas e prescritas, serão implementadas.

A fase de implementação das ações de enfermagem consiste na realização de atividades necessárias à promoção, manutenção ou restauração da saúde do cliente (Benedet & Bub, 1998).

### **Avaliação de Enfermagem**

A avaliação é a quarta e última etapa do processo de enfermagem. Pode ser definida como a verificação das mudanças na situação de saúde do cliente frente às ações de enfermagem.

Embora seja considerada como etapa final do processo, ela não o conclui, e é parte integrante em todas as suas etapas. Como consequência da avaliação, as enfermeiras e

enfermeiros determinam a adequação do plano de cuidados, ou se serão necessárias modificações (Benedett & Bub, 1998).

## **CUIDADO DOMICILIÁRIO**

O cuidado domiciliário é o cuidado desenvolvido com o ser humano (cliente e familiares) no contexto de seus lares ou domicílio. Compreende o acompanhamento, a conservação, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de clientes, de diferentes faixas etárias, em resposta às suas necessidades e de seus familiares, providenciando funcionamento efetivo do contexto domiciliar, com a finalidade de manter e recuperar a saúde ou, quando não for mais possível, proporcionando uma morte digna e serena junto de seus familiares (Lacerda, 1999).

O cuidado domiciliário compreende a assistência por uma equipe, preferencialmente multidisciplinar. Inclui visitas programadas onde os procedimentos necessários são realizados. Esta modalidade de assistência conta com o cuidador para dar continuidade ao cuidado proposto. O cuidador é quem fica responsável pelo cuidado no domicílio e é a ligação entre cliente/família e equipe. É aquele que fornece e recebe informações importantes para a efetividade do tratamento, que envolve-se com o processo de cuidar e tem uma relação de afetividade, amor, atenção e carinho com o cliente em situação de saúde especial.

## **CUIDADO AMBULATORIAL**

Pressupõe a atuação de enfermagem conforme uma abordagem educativa. Através da informação compartilhada entre cliente e profissional, ambos decidem sobre uma proposta de controle de seus problemas de saúde com o objetivo de melhorar o estado de saúde e de implementar sua qualidade de vida. A enfermeira ou enfermeiro será o agente mediador entre as ações de auto-cuidado, de conscientização/motivação durante a consulta de enfermagem.

## **PRÁTICA EDUCATIVA**

O processo educativo, seja ele específico ou não, quando exercido de modo intencional pode gerar organização e ampliar as condições de cidadania da população, com

conseqüente mobilização para seus enfrentamentos e ações que visam contribuir para melhoria da qualidade de vida. Este é um processo que exige co-responsabilidade, auto determinação e participação; elementos que existem na medida em que os indivíduos possuem conhecimento da realidade que os cerca, no caso, específico, da realidade de saúde (Wendhausen, 1992).

A prática educativa implica em respeitar os saberes do outro; aceitar o novo e rejeitar qualquer forma de discriminação; e, respeitar a autonomia do outro. Pois a melhor maneira de atingir o cliente é através do diálogo informativo, conscientizador e capacitador, com a finalidade de que ele ou ela compreenda e modifique suas práticas de saúde.

O processo educativo é complexo e envolve aspectos culturais, cognitivos, afetivos, valorativos e pessoais entre outros, exigindo do profissional sensibilidade para perceber e adequar o processo conforme cada situação em particular.



## **4. REVISÃO DE LITERTURA**

### **4.1 Cuidado Domiciliário**

Apesar de não ser ainda uma modalidade de assistência muito difundida no Brasil, o cuidado domiciliário, segundo Cunha e citado por Duarte, já vem sendo praticado no mundo desde os tempos bíblicos. Neste tempo o atendimento domiciliário tinha como objetivo a caridade. Nos Estados Unidos, o cuidado domiciliário iniciou no século XIX, após a Guerra Civil, constituído de 16 mulheres com interesse de cuidar dos doentes e vem desenvolvendo-se desde então, sendo que hoje já existem cerca de 18,5 mil serviços prestando este tipo de atendimento. Já no Brasil, iniciou no século XX, mais precisamente em 1919, com a criação do serviço de Enfermeiras visitadoras do Rio de Janeiro, devido as epidemias da época que causaram prejuízo à economia, fazendo com que as autoridades tomassem medidas de controle. Foi quando, Carlos Chagas trouxe Enfermeiras americanas para preparar profissionais no combate a estas epidemias, formando assim, o curso de formação de Enfermeiras visitadoras. Este curso transformou-se mais tarde na Escola de Enfermagem Ana Néri.

Atualmente, apesar do Programa de Saúde da Família preconizar o atendimento domiciliário, não é caracterizada a difusão desta prática no serviço público, ficando este restrito as atividades de vigilância epidemiológica e materno-infantil. O atendimento domiciliário que mais se aproxima do modelo "Home Care" adotado nos países considerados de primeiro mundo, está limitado aos serviços privados (Duarte & Diogo 2000).

A assistência domiciliária compreende as atividades assistenciais exercidas por profissional de saúde e/ou equipe interprofissional no local de residência do cliente. Engloba visitas programadas em que determinados procedimentos são realizados pelos elementos da equipe. A periodicidade das visitas depende da complexidade assistencial requerida. O foco do cuidado domiciliário é o cliente, a família, as suas respectivas inter-relações e o contexto da casa. Possui como finalidade manter, recuperar a saúde ou, quando não for mais possível, proporcionar uma morte digna e serena junto a seus familiares.

As vantagens desse tipo de cuidado são: individualização da assistência prestada e a conseqüente diminuição das iatrogenias assistivas; o desenvolvimento das ações cuidativas na privacidade e segurança da casa do cliente, o que pode desencadear aceleração do processo de recuperação; maior comodidade para cliente e familiares no que se refere ao deslocamento até o hospital; possibilidade do cliente/família manterem maior controle sobre o processo de tomada de decisões relacionadas ao cuidado à saúde; desenvolvimento de uma parceria entre os profissionais de saúde e cliente/família no alcance das metas estabelecidas para a assistência; maior oportunidade da família poder estar com seu familiar tratando-o com atenção, fazendo o que acreditam ser melhor para ele e mantendo os laços afetivos; diminuição de custos quando comparadas às intervenções equivalentes entre domicílio e hospital; e o maior envolvimento do cliente/família com o planejamento e a execução dos cuidados necessários desenvolvidos de forma mais individualizada e, assim, com responsabilidades eqüitativamente distribuídas.

O cuidado domiciliário conta também com o cuidador como responsável pela continuidade da assistência em domicílio, sendo este o indivíduo que assume os cuidados ao cliente no contexto domiciliar e, nesta função, representa o elo entre cliente/família e equipe interprofissional. Pode-se dizer que existe o cuidador informal e o formal. O cuidador informal é representado pelo elemento da família ou agregado a ela que assume as funções do cuidado ao cliente em domicílio. O cuidador formal é aquele indivíduo contratado pela família para substituir o cuidador informal em suas funções. Considera-se que o cuidador favoreça a continuidade da assistência, sendo peça fundamental para o cuidado domiciliário.

A atividade de cuidar no domicílio mantém os profissionais em contato com pessoas enfermas que, muitas vezes, não apresentam possibilidades de recuperação. Assim, na relação do cuidado, os profissionais deparam-se com limitações, sentimentos de impotência, dificuldade de lidar com ansiedades e inquietudes.

O “home care” (cuidado domiciliário) é uma modalidade de serviço que vem se instalando em nosso meio com grande força, seja incluído nos convênios de saúde, seja como um serviço inteiramente particular. Neste serviço, vem se observando que a clientela idosa é predominante, exigindo assim a necessidade de profissionais capacitados, com inclusão imprescindível da enfermeira à especificidade do atendimento.

## 4.2 Cuidado Ambulatorial

O cuidado ambulatorial, para o controle de doenças crônicas como a Hipertensão e o Diabetes, consiste basicamente em dois tipos de atividades: a consulta de Enfermagem e a visita domiciliária.

Consulta de Enfermagem: a consulta de Enfermagem evoluiu a partir da entrevista pós-clínica desde a década de vinte. A partir de 1968, o termo Consulta de Enfermagem passou a ser utilizado e difundido em Instituições de Saúde e Escolas de Enfermagem, passando a atividade a ser caracterizada como atividade “final”, diferenciada da orientação pós consulta médica.

Em 1979, durante o 31º Congresso Brasileiro de Enfermagem, reuniu-se o Comitê de Especialistas em consulta de Enfermagem, que elaborou o documento onde a atividade é definida e caracterizada. Finalmente, em 1986, a nova Lei de Exercício Profissional regulamentou-a como atividade privativa do Enfermeiro.

A utilização da consulta de Enfermagem deve ser articulada a outras atividades, de caráter individual ou coletivo, intra e interprofissional, de modo a garantir a integralidade e resolutividade da atenção. Quando utilizada, é necessário que tenha um padrão de estrutura que a caracterize como atividade final. Nesse sentido é de fundamental importância que tenha objetivos claramente estabelecidos, e defina sua especificidade através de um processo analítico (diagnóstico) e de intervenções (plano de ação) de Enfermagem.

A consulta de Enfermagem se constitui em um conjunto de ações combinadas qualificativamente e quantitativamente dentro de critérios de eficiência, realizada pelo Enfermeiro, em sequência lógica e funcional de modo a constituir uma unidade de ação completa que visa o alcance de objetivo esperado. Inclui técnicas, normas e procedimentos que orientam e controlam a realização das ações destinadas à obtenção, análise e interpretação de informações sobre as condições de saúde da clientela e as decisões quanto à orientação e outras medidas que possam influir na adoção de práticas favoráveis à promoção, manutenção e reabilitação da saúde.

Visita domiciliária: a história da visita domiciliária inicia-se junto com a história do cuidado domiciliário já descrita anteriormente.



É uma prática muito importante na Enfermagem pois proporciona ao Enfermeiro o conhecimento do indivíduo/família dentro de seu verdadeiro contexto ou meio ambiente caracterizado pelas condições de vida, ou pelas relações afetivo-sociais entre os vários membros da família, que são alguns dos mais importantes fatores a serem identificados para se prestar assistência integral à saúde; facilita a adaptação do planejamento da assistência de acordo com os recursos que a família dispõe; proporciona melhor relacionamento do profissional com a família, por ser um método menos formal em relação aos utilizados nas atividades internas dos serviços de saúde; e proporciona maior liberdade para os clientes exporem seus problemas, por se sentirem mais à vontade em seu lar.

Os principais objetivos da visita domiciliária são: prestar cuidados de Enfermagem no domicílio quando esta for conveniente para o cliente, família e para o serviço de saúde, quer sob o aspecto econômico, social ou psicológico; orientar um ou mais membros da família em relação a atividades para elevar o nível de saúde; e coletar informações sobre as condições sócio-econômico-sanitárias da família, por meio de entrevista e observação.

A visita domiciliária se constitui de fases que se sucedem, sem que na prática haja uma delimitação muito precisa entre elas com a finalidade de sistematização. Pode-se dividir em pelo menos quatro fases: planejamento, execução, registro e avaliação.

#### **4.3 Diabetes Mellitus**

O *diabetes mellitus* é um grupo de distúrbios metabólicos heterogênicos caracterizado por níveis elevados de glicose no sangue ou hiperglicemia. Normalmente, certa quantidade de glicose circula no sangue, esta glicose é formada no fígado a partir de alimentos ingeridos. A insulina é um hormônio produzido e secretado pelo pâncreas e seu principal efeito é promover o transporte de glicose para o interior das células, regulando assim sua produção e armazenamento. (Baseado em Smeltzer & Bare).

No diabetes a capacidade do corpo em responder a insulina pode diminuir, ou o pâncreas pode parar totalmente de produzir insulina levando ao acúmulo de glicose no sangue (hiperglicemia).

O *diabetes mellitus* é um dos mais importantes problemas de saúde na atualidade, uma das causas mais importantes de morbidade e mortalidade na população em geral. A

prevalência é muito elevada e estimada em cerca de 7,6% da população adulta brasileira. Estima-se que no Brasil existam 5 milhões de diabéticos, dos quais mais da metade desconhece o diagnóstico.

Fatores de risco: obesidade, drogas que causam menor tolerância aos carboidratos (corticóides ou anticoncepcionais), estresse, idade avançada, história familiar de diabetes, além disso pessoas submetidas a pancreatectomia com remoção de 80% ou mais do pâncreas.

Sintomas: é uma doença silenciosa e evolui sem que a pessoa tenha conhecimento que é portadora, muito dos casos não apresentam os sintomas que incluem- poliúria – nictúria, polidipsia – boca seca, polifagia, perda de peso, fraqueza, redução rápida da acuidade visual, fadiga, glicosúria, infecções frequentes, nervosismo, formigamento e dormência das extremidades.

Critério diagnóstico da OMS para Diabetes mellitus em adultos não grávidos:

Glicose aleatória do plasma- maior que 200 mg/dl;

Glicose plasmática em jejum- maior que 140 mg/dl.

Tipos de diabetes:

1. tipo I- insulino dependente: Aproximadamente 5 a 10% das pessoas com diabetes têm a tipo I. Nesta forma as células beta do pâncreas que normalmente produzem insulina são destruídas por um processo auto-imune, acredita-se que uma combinação de fatores genéticos, imunológicos e possivelmente ambientais (por exemplo virais) contribuem para destruição das células beta. A hiperglicemia de jejum ocorre como resultado de uma produção de glicose não controlada pelo fígado. Além disso a glicose derivada dos alimentos não pode ser estocada no fígado e permanece na corrente sanguínea contribuindo para a hiperglicemia pós-prandial. Como resultado são necessárias injeções de insulina para controlar a glicose. O diabetes tipo I é caracterizado por um início súbito geralmente antes dos 30 anos.

2. tipo II- insulino independente: Aproximadamente 90 a 95% das pessoas têm a diabetes do tipo II, que resulta de uma sensibilidade diminuída à insulina (chamada de resistência à insulina). A resistência a insulina refere-se a uma sensibilidade diminuída dos

tecidos à insulina e esta associada a diminuição das reações entre a insulina e os receptores espaciais na superfície das células. Para superar a resistência à insulina aumenta a quantidade de insulina secretada. Aos poucos as células beta fadigam e podem não secretar mais insulina com a mesma capacidade e em alguns casos o portador precisa aplicar insulina. Os mecanismos exatos que levam à resistência à insulina e à sua secreção prejudicada no diabetes tipo II são desconhecidos. Os fatores genéticos são considerados como tendo certo papel no desenvolvimento da resistência à insulina. O diabetes tipo II é inicialmente tratado com dieta e exercícios, se persistirem os níveis elevados ocorre o suplemento com agentes hipoglicemiantes orais e em alguns casos insulina. Ocorre geralmente em indivíduos com mais de 40 anos onde 70% são obesos.

3. associada a outras condições ou síndromes: é aquela acompanhada de condições conhecidas ou suspeitas de causar a doença como- doenças pancreáticas, anomalias hormonais e drogas glicocorticóides e preparações contendo estrogênio.

4. gestacional: é a que tem início durante a gestação, em geral no 2º ou 3º trimestre. Ocorre devido a hormônios secretados pela placenta que inibem a secreção de insulina. É controlável com dieta na maioria dos casos.

**Tratamento:** o principal objetivo é tentar normalizar a atividade de insulina e os níveis da glicose, aliviar os sintomas, melhorar a qualidade de vida, prevenir complicações agudas e crônicas e reduzir a mortalidade. A dieta e o controle de peso constituem a base do tratamento do diabetes. Os componentes do tratamento são dieta, exercícios, monitorização, medicação (se necessário) e educação.

**Complicações:** está dividida em agudas e crônicas.

**Agudas:** existem três complicações agudas, hipoglicemia, cetoacidose e síndrome não-cetótica hiperosmolar hiperglicêmica (HHNC).

Hipoglicemia: ocorre devido a reações a insulina. Ocorre quando os níveis de glicose caem abaixo do indicado (abaixo de 60 a 50 mg/dl). Pode ocorrer a qualquer hora do dia ou da noite, geralmente antes das refeições. Pode ser causada por excesso de insulina ou agentes hipoglicemiantes orais, pouca alimentação ou excesso de atividade física.

**Sintomas:** - hipoglicemia branda- suor, tremor, taquicardia, palpitações, nervosismo e fome; – hipoglicemia moderada- incapacidade de se concentrar, dor de cabeça, tontura, confusão, lapsos de memória, dormência dos lábios e da língua, fala confusa,

descoordenação, alterações emocionais, comportamento irracional, visão dupla e sonolência; - hipoglicemia grave: comportamento desorientado, convulsões, dificuldade em despertar do sono ou perda da consciência.

O tratamento deve ser imediato, a pessoa deve ingerir açúcar (suco ou refrigerante, mel, balas ou outro doce). Se a pessoa estiver inconsciente deve-se levar a um serviço médico.

Cetoacidose: é causada pela ausência ou quantidade acentuada inadequada de insulina. Isto resulta em distúrbios do metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras. As três características clínicas são desidratação, perda de eletrólitos e acidose. Quando há falta de insulina, a quantidade de glicose que entra nas células é reduzida. Além disso, há produção contínua de glicose pelo fígado, ambos os fatores levam a hiperglicemia. Na tentativa do corpo em eliminar o excesso de glicose os rins excretam glicose juntamente com os sais e eletrólitos o que leva a desidratação. Um outro efeito da deficiência de insulina é a degradação de gorduras (lipólise) em ácidos graxos e glicerol. Os ácidos graxos são convertidos em corpos cetônicos, que são ácidos que se acumulam na circulação e provocam efeitos tóxicos (levam a acidose metabólica). As três causas principais são uma diminuição de insulina ou falta de uma dose, uma doença ou infecção (aumentam a produção de glicose pelo fígado) e ainda como a manifestação inicial de diabetes não diagnosticado e não tratado.

Sintomas: incluem poliúria, polidipsia, visão turva, fraqueza, cefaléia, hipotensão ortostática, pulso fraco e rápido, e sintomas gastrointestinais como anorexia, náuseas, vômitos e dor abdominal, os pacientes podem ter hálito de acetona. Tratamento consiste em correção da dose de medicação, ingerir líquidos e eletrólitos.

Síndrome não-cetótica hiperosmolar hiperglicêmica (HHNC): é uma situação na qual predominam a hiperosmolaridade e hiperglicemia com alterações sensoriais. Ao mesmo tempo a cetose é mínima ou ausente. O defeito bioquímico básico é a falta de insulina efetiva. A hiperglicemia persistente do paciente causa diurese osmótica, resultando em perda de água e eletrólitos. Para manter o equilíbrio osmótico a água passa do espaço intracelular para extracelular. Com a glicosúria e desidratação ocorrem hipernatremia e aumento da osmolaridade. Uma diferença importante entre a síndrome HHNC e a cetoacidose é que na síndrome não ocorrem cetose e acidose, isto ocorre devido a



quantidade de insulina existente na cetoacidose não há nenhuma insulina presente portanto ocorre a degradação do estoque de glicose, proteínas e lipídios. O quadro clínico é caracterizado por hipotensão, desidratação profunda, taquicardia e sinais neurológicos (alteração sensoriais, convulsões e hemiparesia). Esta condição ocorre mais frequentemente em pessoas idosas que não tiveram história anterior de diabetes ou apenas diabetes tipo II brando. Podem ser precipitadas de algum evento como doenças agudas, ingestão de medicamentos desencadeadores de insuficiência de insulina ou procedimentos terapêuticos como diálise/hemodiálise peritoneal, nutrição parenteral.

**Tardias:** dividida em complicações macro e microvasculares e neuropatia.

1. Macrovasculares: alterações ateroscleróticas nos grandes vasos sanguíneos similares as de clientes não diabéticos. Dependendo da localização das lesões podem resultar em diferentes tipos de doenças macrovasculares levando ao aumento da ocorrência de infarto devido a doença arterial coronariana, AVCs devido a doença vascular cerebral e doença arterial periférica oclusiva devido a doença vascular periférica. Os pesquisadores de diabetes continuam a investigar a relação entre o diabetes e as doenças macrovasculares. As alterações ateroscleróticas que ocorrem nos vasos sanguíneos dos diabéticos não são diferentes das que ocorrem na população não diabética.

2. Microvasculares: são únicas para o diabetes, são caracterizadas pelo espessamento da membrana basal que circunda as células endoteliais dos capilares.

**Retinopatia:** causada por alterações nos pequenos vasos da retina. Existem três estágios principais da retinopatia: não-proliferativa (de fundo), pré-proliferativa e retinopatia proliferativa. A maioria dos clientes diabéticos desenvolvem um certo grau de retinopatia de fundo dentro de 5 a 15 anos do diagnóstico de diabetes. Um percentual muito pequeno destes pacientes desenvolve o estágio proliferativo mais grave da condição, chamado edema macular, no qual o prejuízo visual é comum.

**Nefropatia:** os níveis elevados de glicose estressam o mecanismo de filtração renal, permitindo que proteínas passem para urina. Como resultado, a pressão nos vasos sanguíneos nos rins aumentam estimulando a nefropatia que pode levar o IRC. As pessoas com diabetes tipo I geralmente apresentam sinais iniciais de doença renal após 15 a 20 anos, enquanto os pacientes do tipo II desenvolvem doença renal dentro de 10 anos do diagnóstico de diabetes.

3. Neuropatia: afetam todos os tipos de nervos, os distúrbios são diversos e dependem da área que afetam. A prevalência aumenta com a idade do cliente e a duração da doença, e pode ser tão alta quanto 50% dos clientes que já tem diabetes há 25 anos. A patogenia pode ser atribuível ou a mecanismos vasculares ou a metabólicos, ou ambos, mas suas contribuições relativas ainda não foram determinadas. O espessamento da membrana capilar basal e a oclusão dos capilares podem estar presentes, além disso pode haver desmielinização dos nervos, possivelmente relacionada a hiperglicemia. Nos membros inferiores incluem parestesias (formigamento, fisgadas ou sensibilidade aumentada) e sensações de queimaduras. Com a progressão os pés ficam entorpecidos e diminui a propriocepção (postura, movimentos do corpo) e a sensibilidade de dor e temperatura.

### **Cuidados com os pés:**

Dentre as complicações crônicas decorrentes do diabetes, as relacionadas com os pés que atingem principalmente clientes do tipo 2, mas acomete clientes do tipo 1 também. As lesões podais que frequentemente ocorrem no cliente diabético são genericamente denominadas de pé diabético. Estas são representadas por ulcerações de origem mista (infecciosa, neuropática e isquêmica) de evolução crônica e localizadas geralmente em pontos de pressão ou atrito produzidos pelos sapatos.

Ocorrência: 10% dos clientes diabéticos apresentam ulceração nos pés na evolução da doença.

20% a 25% das internações de clientes diabéticos devem-se a complicações nos pés.

50% das amputações não traumáticas de extremidades inferiores ocorrem em diabéticos.

Causas: As causas são neuropáticas (caracterizadas pela redução ou ausência de sensibilidade dolorosa), isquêmicas (pela diminuição do fornecimento sanguíneo) e neuro-isquêmica (associação das duas causas anteriores).

Fatores de risco:

- Má educação em diabetes;
- Idade acima de 40 anos;
- Tabagismo;
- Tempo de diabetes acima de 10 anos;

- Presença de neuropatia;
- Presença de obstrução arterial;
- Presença de deformidades nos pés ( joanetes, calosidades)
- Antecedentes de ulcerações ou amputações nos pés.

Fumo e álcool nocivos: a nicotina e o alcatrão são lesivos ao endotélio, provocando aterosclerose, diminuindo a circulação sistêmica e principalmente de membros inferiores. O álcool altera os níveis glicêmicos e o lipídico, aumentando os triglicerídeos e a fração de colesterol LDL que são partículas que favorecem o processo de aterosclerose.

#### Procedimentos preventivos:

- Inspeção diária dos pés à procura de calosidades, rachaduras, micoses e ferimentos.
- Uso de calçados adequados (responsáveis por 40% das causas de ferimentos)
- Higiene diária dos pés com água corrente, secando-os logo a seguir com cuidado especial entre os dedos.
- Corte das unhas de acordo com a anatomia dos dedos (de forma mais horizontal), preferencialmente lixando-as.
- Uso diário de hidratante neutro evitando a região entre os dedos que deverá ser mantida seca.
- Uso de meias não apertadas e de algodão para melhor absorção do suor.
- Inspeccionar dentro dos calçados antes de usá-los.
- Não andar descalço.
- Não usar bolsa de água quente ou secador de cabelos para aquecer os pés.
- Não usar medicamentos anticalosidades e não cortar as cutículas.

Um exame completo dos pés deve ser realizado periodicamente por um profissional de saúde, visando a identificação precoce das pessoas com risco de desenvolver lesões, as quais deverão receber atenção especial com mais tempo de educação em diabetes e consultas mais frequentes para exame dos pés.

É muito importante programas de prevenção neste caso, pois esta complicação pode ser prevenida através também de uma alimentação adequada, bom controle glicêmico e atividade física regular são importantíssimas para um bom resultado do tratamento,

O cliente deve ser instruído para comunicar o médico ou outro profissional da equipe quando ocorrer dormência ou formigamento, inchaço, formação de bolhas, lesão, úlcera ou calosidade em seus pés para avaliação e acompanhamento evitando o agravamento do problema.

Classificação das lesões: de acordo com a gravidade da lesão o pé diabético pode ser de seis grupos de acordo com Wagner descrito por Almeida:

- Grau 0: ausência de lesões abertas, com deformidades podais e queratoses.
- Grau 1: ulceração envolvendo apenas a derme.
- Grau 2: envolvimento de tendões e/ou cápsula articular.
- Grau 3: presença de osteomielite.
- Grau 4: gangrena localizada.
- Grau 5: gangrena da maior parte do pé.

Conduta: os clientes com úlceras graus 0, 1, 2, podem ser tratadas ambulatorialmente, os clientes mais graves devem ser hospitalizados.

- Lesões grau 0: o objetivo é a prevenção da progressão da doença. Desbridamento das lesões queratóticas, proteção com gazes e palmilhas para modificação dos pontos de apoio do pé.
- Lesões grau 1: desbridamento dos tecidos desvitalizados, eliminação dos pontos de pressão e curativos diários. Uma avaliação do sistema circulatório por um angiologista é necessária se existirem sinais de isquemia ou a lesão não cicatrizar.
- Lesões grau 2: quando existir envolvimento de tendões estes devem ser desbridados e pode ser necessária a realização de enxertos de pele.
- Lesões grau 3: raio X simples do pé é necessário para descartar a possibilidade de osteomielite. Desbridamentos, curativos e antibioticoterapia são os pontos mais importantes do tratamento.
- Lesões grau 4 e 5: além dos cuidados aos tipos de lesões 0, 1, 2, e 3 amputação localizada é geralmente necessária e deve ser realizada.

### **Insulinoterapia:**

A insulina é um hormônio polipeptídico constituído de duas cadeias de aminoácidos ligadas por duas pontes de sulfeto intermoleculares. É biossintetizada e armazenada nas

células das ilhotas de Langerhans, das quais é liberada para desempenhar suas muitas funções fisiológicas, tais como:

- Ativação do sistema de transporte específica para facilitar a entrada de açúcares nos tecidos adiposo e muscular;
- Facilitar a entrada de aminoácidos específicos no músculo;
- Aumento da síntese protéica;
- Inibição da decomposição de gordura neutra em aminoácidos graxos e prevenção da liberação destes ácidos no tecido adiposo;
- Ativação de certas enzimas compreendidas em utilização aumentada de glicose, glicólise, glicogênese e lipogênese.

As preparações de insulina são extraídas ou do pâncreas bovino ou suíno, ou misturada de ambos, ou ainda obtidas por bissíntese (usando a tecnologia do DNA recombinante) ou semi-síntese (por conversão enzimática da insulina suína à humana).

Quanto ao tipo de insulina e ação encontra-se no mercado mundial:

- Insulinas rápidas: regular
- Semi-lenta (não disponível no Brasil)
- Insulinas intermediárias: NPH
- Lenta
- Insulinas de longa ação: PZI (não disponível no Brasil).

Todos os tipos de insulina disponíveis no Brasil como também no mercado mundial são apresentadas na concentração U100, o que significa 100 unidade por centímetro cúbico. Existem atualmente insulinas humanas pré-misturadas (insulinas compostas por 70% ou 80% de NPH e 30% ou 20% de insulina regular respectivamente) indicadas para obter-se um efeito rápido da insulina regular e o efeito mais lento da NPH.

Indicações para o uso da insulina:

- Diabéticos do tipo I;
- Diabéticos do tipo II que deixam de responder ao antidiabético oral e dieta;



- Diabetes gestacional;
- Cliente do sexo feminino com diabetes tipo II que engravida e não consegue controlar os níveis glicêmicos com dieta;
- Uso temporário no diabetes tipo II em situações de estresse (febre, doença aguda, cirurgia, uso de glucocorticoide, etc.);
- Cetoacidose diabética e coma hiperosmolar.

Os esquemas de insulina variam de uma a quatro injeções por dia. Geralmente há uma combinação de uma insulina de curta duração com uma de longa ação. Em geral quanto mais complexo o esquema, maior a possibilidade de normalizar os níveis glicêmicos, sobretudo para o paciente com variações nos padrões de refeições e atividades. Os clientes podem ser ensinados a utilizar os resultados da automonitorização de glicose para variar as doses de insulina.

É muito importante que os clientes estejam envolvidos nas decisões quanto ao esquema de insulina a ser usado, pois a eficiência depende do compromisso deles.

Injeção de insulina:

Os clientes insulino-dependentes devem receber orientação e treinamento individualizados sobre o uso de insulina.

Material necessário:

- Seringa de 100U;
- Agulha de insulina, 13 X 4,5;
- Insulina prescrita;
- Algodão;
- Álcool.

Preparo:

Antes da injeção recomenda-se que a insulina esteja na temperatura ambiente, para isso pode-se friccionar o frasco entre as mãos ou retirá-lo cerca de 15 minutos antes da geladeira. O frasco deve ser avaliado quanto a floculação, que são grumos brancos dentro dos frascos. Se houver a presença de grumos aderentes significa que parte da insulina está ligada e não deve ser usada.

Quando as insulinas de curta e longa ação são misturadas na mesma seringa ela não pode ser mantida por mais de 15 minutos devido a instabilidade.

- Lavar as mãos antes do preparo;
- Limpar a tampa de borracha do frasco com algodão com álcool;
- Colocar na seringa o volume de ar aproximadamente igual ao volume de insulina que deve ser retirado, e injetá-lo no frasco;
- Virar o frasco e aspirar a insulina;
- Tirar as bolhas de ar;
- Verificar se a dose está correta.

Aplicação:

- Fazer anti-sepsia da região com algodão com álcool;
- Segurar a seringa como um lápis;
- Fazer uma prega na pele;
- Introduzir a agulha num ângulo reto;
- Soltar a prega e injetar toda a insulina;
- Retirar a agulha e pressionar a pele por alguns segundos, **não fazer massagens**.
- Desprezar a seringa em recipiente próprio.

Locais de aplicação:

Os locais onde o tecido subcutâneo é considerado ideal para aplicação de insulina são:

- Parte externa e superior dos braços;
- Parte anterior e lateral da coxa;
- Região abdominal;
- Região glútea.

Deve-se ficar atento ao rodízio das injeções, mantendo a flexibilidade da pele, favorece a uniformidade da absorção e previne complicações locais.

## Antidiabéticos

### MINIDIAB (Glipizida)

Esta sulfoniluréia é indicada como antidiabético. Administrada por via oral, é rápida e completamente absorvida pelo trato gastrointestinal; a presença de alimento retarda a

absorção. Atinge a concentração máxima em 1 a 3,5 horas e tem duração de ação de 12 a 24 horas.

### **DAONIL (Glibenclamida)**

Indicado para tratamento da Diabetes não- insulino dependente (tipo II). Está contra-indicado para Diabetes insulino dependente, coma diabético, pré-coma e cetoacidose, insuficiência renal grave e hipersensibilidade à Glibenclamida. Deve-se fazer controle periódico dos níveis de glicose no sangue e na urina; sinais de hiperglicemia (sede severa, secura na boca, pele seca e diurese freqüente) e de hipoglicemia (fome intensa, sudorese, tremor, agitação, irritabilidade, cefaléia, distúrbios do sono, depressão do humor e distúrbios neurológicos transitórios como alterações da fala, visão e sensação de paralisia). Pode causar as seguintes reações adversas: náuseas; vômitos; dor abdominal; plenitude gástrica; diarreia; reações alérgicas como prurido, erupção, urticária, incluindo choque e vasculite alérgica; hipersensibilidade à luz; hipersensibilidade cruzada às sulfonamidas ou seus derivados; trombocitopenia; anemia hemolítica; leucopenia; agranulocitose; pancitopenia; elevação dos níveis das enzimas hepáticas; comprometimento da função hepática; hepatite; insuficiência hepática; hipoglicemia e outros sinais de contra-regulação adrenérgica; alteração da fala e visão; sensação de paralisia; redução da concentração sérica do sódio; comprometimento da capacidade de dirigir ou operar máquinas.

Posologia: em geral é uma terapia de longa duração e a dose máxima é de 15 mg ao dia.

### **GLIFAGE (Metformina)**

Indicado no tratamento da diabetes tipo II, isoladamente ou completando a ação das sulfoniluréias; diabetes do tipo I, como complemento da insulino terapia em casos de diabetes instável ou insulino-resistente.

Está contra-indicado seu uso na gravidez, em caso de insuficiência renal orgânica ou funcional, desidratação, diarreia, vômitos, febre, estados infecciosos, choque, septicemia, infecção urinária, pneumopatia, insuficiência hepatocelular, intoxicação alcoólica aguda e pré-coma diabético.

Interações medicamentosas: certos agentes hiperglicemiantes (corticosteróides, diuréticos tiazídicos, contraceptivos orais) podem alterar o curso do diabetes e tornar necessário aumento da dose do antidiabético, ou sua combinação com sulfoniluréias hipoglicemiantes ou terapia com insulina. A metformina, usada isoladamente, nunca ocasiona hipoglicemia. Entretanto, é necessário estar atento à potencialização de ação quando é administrada em associação a insulina ou sulfoniluréias hipoglicemiantes.

Este medicamento possui como reações adversas: alterações gastrintestinais do tipo náusea, vômitos e diarreia que ocorrem mais no início do tratamento e desaparecem espontaneamente na maioria dos casos. Para reduzir a ocorrência de alterações digestivas, recomenda-se administrar a metformina em duas tomadas diárias, durante ou ao término das refeições.

### **GLICOFORMIN (Metformina)**

Deve ser usado primariamente no tratamento do diabetes tipo II, quando o tratamento dietético isolado tiver se mostrado insuficiente. É especialmente útil em clientes com excesso de peso, nos quais a metformina freqüentemente provoca uma diminuição de peso. É também indicado no tratamento complementar ao tratamento com outros antidiabéticos orais (ex: sulfoniluréias), principalmente em casos de falência secundária ao tratamento com estas drogas orais.

Glucoformin age por diversos mecanismos extrapancreáticos periféricos, aumentando a sensibilidade do organismo à ação de sua própria insulina, ao invés de estimular o aumento de secreção endógena deste hormônio. Os principais mecanismos de ação são:

- Aumento da utilização periférica de glicose pelos tecidos musculares na presença de insulina;
- Potencialização da ação insulínica aumentando a afinidade de ligação e o número de receptores de insulina nos tecidos; e
- Inibição da gliconeogênese hepática.

Em clientes tratados com glucoformin, os níveis de insulina plasmática apresentam-se inalterados ou levemente diminuídos. Ele não estimula a liberação de insulina, não tem a

propensão de causar hipoglicemia em clientes diabéticos, mesmo quando tomado em doses elevadas.

Normalmente esta medicação é bem tolerada. Os efeitos colaterais mais comuns são as perturbações do trato gastrointestinal (anorexia, náuseas, desconforto abdominal e diarreia) e ficam amenizadas se a dose for ministrada durante as refeições. Estes efeitos ocorrem em aproximadamente 10% - 30% dos clientes e geralmente perduram apenas nos primeiros dias do tratamento.

Está contra-indicado em clientes que apresentem as seguintes situações clínicas: hipersensibilidade à metformina; coma hiperosmolar; cetoacidose diabética; insuficiência renal; insuficiência cardíaca; insuficiência hepática grave; insuficiência respiratória grave; história recente de infarto agudo do miocárdio; alcoolismo (agudo ou crônico) e história e/ou estados associados com acidose láctica e estados clínicos predisponentes a hipóxia tecidual (anemia intensa, hemorragias importantes, choque circulatório, gangrena, baixo débito cardíaco).

Como a eliminação de glucoformin ocorre por via renal, recomenda-se a monitorização da função renal em todos os diabéticos em uso da droga. O uso de glucoformin também não é recomendado em condições que possam causar desidratação ou em clientes que sofram de infecções graves ou trauma. Pode ser utilizado em idosos, desde que a função renal não esteja comprometida. Não é recomendável o uso deste em crianças. Em clientes com quadro clínico de acidose metabólica sem evidências de cetoacidose, deve-se suspeitar de acidose láctica. Neste caso, deve-se suspender imediatamente a medicação e encaminhar para tratamento hospitalar em regime intensivo, voltado para correção de distúrbios hidroeletrólíticos e metabólicos secundários.

Foram relatadas interações medicamentosas com o uso de cimetidina e anticoagulantes cumarínicos. Álcool, barbitúricos, salicilatos e fenotiazidas são drogas que podem potencializar o risco de acidose láctica quando em uso de biguanidas. O uso de drogas com efeitos hiperglicemiantes pode modificar a evolução do diabetes e requerer um ajuste da dosagem ou a associação com sulfoniluréias ou insulina.

**DIAMICRON (Glicazida)**



É uma sulfoniluréia de segunda geração, que possui propriedades metabólicas e vasculares. Atua nas células B do pâncreas, restaura o pico precoce de secreção de insulina de acordo com os níveis de glicemia.

Indicado em todos os casos nos quais é justificado o uso de hipoglicemiantes orais: diabetes não-cetótico, não-insulino-dependente do adulto e do idoso, e nos casos em que a dieta é insuficiente para a manutenção dos níveis adequados de glicemia.

É contra-indicado nos seguintes casos: diabetes juvenil; cetose grave; acidose; pré-coma e coma diabéticos; insuficiência renal severa; insuficiência hepática grave; antecedentes de alergia às sulfonamidas e associação com miconazol e gravidez.

Possui como reações adversas: reações cutaneomucosas podem ocorrer excepcionalmente, e regredem alguns dias após a suspensão do tratamento. Raros distúrbios digestivos, como náuseas, epigastralgias, diarreia ou constipação foram relatados e podem ser minimizados se a droga for ingerida durante as refeições. Em clientes sensíveis às sulfoniluréias, podem ocorrer trombocitopenia, agranulocitose, leucopenia ou anemia, geralmente reversíveis.

Existe a possibilidade de ocorrer hipoglicemia grave em casos de associação com outras sulfonamidas e miconazol oral. Casos de hipoglicemia podem também ser observados por conta da potencialização do efeito hipoglicemiante pelos antiinflamatórios não-esteróides, notadamente salicilatos, sulfonamidas antibacterianas, cumarínicos, beta-bloqueadores, diazepam, tetraciclina, cloranfenicol e ingestão de álcool etílico. Pode haver redução eventual de atividade com uso de barbitúricos.

### **DIABINESE (Clorpropamida)**

É um hipoglicemiante oral potente e ativo da classe das sulfoniluréias, indicado no tratamento de clientes diabéticos selecionados. É em geral utilizada isoladamente no controle da Diabetes Mellitus não-dependente de insulina, de grau leve a moderadamente severo. Acredita-se que o mecanismo de ação se dê através do estímulo da síntese e liberação de insulina endógena, efeito dependente do funcionamento das células beta do pâncreas. A clorpropamida exerce um efeito hipoglicemiante em indivíduos normais dentro da primeira hora, tornando-se máximo em três a seis horas, e persistindo no máximo por 24 horas.

Está indicado para uso em associação com uma dieta para reduzir a glicemia em clientes com Diabetes Mellitus não-dependentes de insulina, anteriormente conhecido como Diabetes tipo adulto, cuja hiperglicemia não pode ser controlada com o uso isolado da dieta.

É contra-indicado para clientes portadores de conhecida hipersensibilidade à droga, cetoacidose diabética com ou sem coma. Esta condição deve ser tratada com insulina (diabetes mellitus dependente de insulina).

Todas as sulfoniluréias são capazes de produzir hipoglicemia severa; a insuficiência renal ou hepática podem elevar os níveis sanguíneos de clorpropamida aumentando o risco de sérias reações hipoglicêmicas. Devido à longa meia-vida da clorpropamida, clientes que se tornam hipoglicêmicos com o tratamento precisam de uma cuidadosa supervisão da posologia e intervalos curtos de alimentação no mínimo por 3 a 5 dias (hospitalização e glicose intravenosa podem ser necessárias). Quando um cliente diabético estabilizado sob qualquer tratamento expuser-se a condições, tais como febre, trauma, infecção ou cirurgia, poderá haver perda do controle da glicemia. Em tais casos, interrompe-se o tratamento e inicia-se com insulina. Deve-se levar em consideração também a relação risco/benefício quando existem os seguintes problemas: insuficiência cardíaca e retenção de líquidos.

A ação hipoglicêmica das sulfoniluréias pode ser potencializada por algumas drogas, tais como: antiinflamatórios não-esteróides, salicilatos, sulfonamidas, cloranfenicol, cumarínicos, inibidores de monoaminoxidase e agentes bloqueadores beta-adrenérgicos. Alguns medicamentos tendem a produzir hiperglicemia levando à perda de controle. Estas drogas incluem as tiazidas e outros diuréticos corticosteróides, fenotiazinas, estrogênios, contraceptivos orais, fenitoína, ácido nicotínico, simpatomiméticos, agentes bloqueadores dos canais de cálcio e isoniazida.

Possui como reações adversas: hipoglicemia; náuseas; diarreia; vômitos; anorexia e aumento de apetite; prurido; urticária; erupções maculopapulares; eritema; dermatite esfoliativa; leucopenia; agranulocitose; trombocitopenia; anemia hemolítica; pancitopenia; síndrome da secreção inapropriada do hormônio antidiurético que resulta em retenção de água, hiponatremia, baixa osmolaridade sérica e alta osmolaridade urinária; sonolência; cólicas abdominais; convulsões; fraqueza; inconsciência e tumefação ou inchaço da face, mão ou tornozelo.

#### 4.4 Hipertensão Arterial Sistêmica:

Conceito: A hipertensão pode ser arbitrariamente definida como a presença de um nível persistente de pressão arterial em que a pressão sistólica se encontra acima de 140 mmHg e a pressão diastólica acima de 90 mmHg. Na população idosa, a hipertensão é definida como pressão sistólica acima de 160 mmHg e pressão diastólica acima de 90 mmHg. A hipertensão constitui uma importante causa de insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral e insuficiência renal. Ela é chamada de “assassina silenciosa”, pois as pessoas portadoras de hipertensão muitas vezes são assintomáticas. Uma vez desenvolvida, a pressão arterial do paciente deve ser monitorizada a intervalos regulares, pois trata-se de um distúrbio presente por toda a vida.

Para um indivíduo ser considerado hipertenso é necessário, por exemplo, que a pressão arterial seja medida em pelo menos duas ou mais leituras, com intervalos de 15 minutos, num mesmo horário. Convém que a mesma atitude seja adotada em outro dia e, somente após, caso a elevação persista, é que o diagnóstico se estabelece.

A vida moderna tende a aumentar a pressão arterial, causando hipertensão. Alguns fatores conhecidos incluem uma alta ingestão de sal, consumo excessivo de álcool e obesidade. Fatores genéticos também podem influenciar a doença.

Cerca de 20% da população adulta desenvolvem hipertensão; mais de 90% dela têm hipertensão essencial (primária), a qual não tem uma causa clínica identificável. Tende a acometer indivíduos de famílias nas quais a hipertensão é comum, obesos, sedentários, tabagistas, usuários contumazes de álcool, usuáries de anticoncepcionais, os que se alimentam com excesso de sal, estressados crônicos, etc. O restante desenvolve elevações de pressão arterial decorrente de uma causa específica (hipertensão secundária), como estreitamento das artérias renais ou doença do parênquima renal, certos medicamentos, disfunções orgânicas, tumores e gravidez.

Deve-se pensar sempre em hipertensão secundária, passível de correção, principalmente quando se tratar de pacientes com menos de 30 anos ou naqueles que se tornaram hipertensos após os 55 anos. Ela afeta mais as mulheres do que os homens; no entanto, os homens, sobretudo os negros, têm menos tolerância à doença. A elevação prolongada da pressão arterial eventualmente lesa os vasos sanguíneos de todo o corpo,

sobretudo os olhos, coração, rins e cérebro. Portanto, as consequências comuns da hipertensão prolongada e não-controlada são insuficiência visual, oclusão coronária, insuficiência renal e acidentes vasculares cerebrais. Além disso, o coração aumenta de tamanho ao ser forçado a aumentar sua carga de trabalho para bombear o sangue de encontro a uma pressão alta constante.

Fisiopatologia: O mecanismo que controla a constrição e o relaxamento dos vasos sanguíneos está no centro vasomotor, situado na medula cerebral. Feixes nervosos simpáticos têm origem nesse centro vasomotor e percorrem a medula espinhal, emergindo da coluna espinhal nos gânglios simpáticos do tórax e abdome. A estimulação do centro vasomotor põe em movimento impulsos motores que percorrem o sistema nervoso simpático até os gânglios simpáticos. Nesse ponto, os neurônios pré-ganglionares liberam acetilcolina, que estimula as fibras nervosas pós-ganglionares nos vasos sanguíneos, onde a liberação de noradrenalina resulta em constrição dos vasos. Várias influências como ansiedade e medo podem afetar a resposta dos vasos sanguíneos a esses estímulos vasoconstritores. As pessoas com hipertensão são muito sensíveis à noradrenalina, embora se desconheça realmente o porquê. Ao mesmo tempo que o sistema nervoso simpático estimula os vasos sanguíneos em resposta aos estímulos emocionais, a glândula adrenal é estimulada, resultando em atividade vasoconstritiva adicional. A medula adrenal secreta a adrenalina, que causa a vasoconstrição. O córtex adrenal secreta cortisol e outros esteróides, os quais podem favorecer a resposta vasoconstritora dos vasos sanguíneos. A vasoconstrição resulta em menor fluxo de sangue ao rim, causando a liberação da renina. A renina leva à formação de angiotensina I, a qual se converte em angiotensinogênio II, um poderoso vasoconstritor, que, por sua vez, estimula a secreção de aldosterona pelo córtex adrenal. Esse hormônio provoca retenção de sódio e água pelos túbulos renais, levando a um aumento de volume intravascular. Todos esses fatores tendem a perpetuar o estado hipertensivo.

As alterações estruturais e funcionais no sistema vascular periférico são responsáveis pelas alterações da pressão arterial que ocorrem com a idade. Essas alterações incluem a aterosclerose, perda da elasticidade do tecido conjuntivo e uma diminuição do relaxamento do músculo liso vascular, que, por sua vez, reduzem a capacidade de distensão e compressão dos vasos. Consequentemente, a aorta e as grandes artérias ficam com menor

capacidade de acumular o volume de sangue bombeado pelo coração(volume sistólico), resultando numa diminuição do débito cardíaco e num aumento da resistência periférica.

Manifestações Clínicas: Nem sempre quem tem pressão alta apresenta alguma sintomatologia. Muitos não sentem nada. Entretanto, alguns sintomas, decorrentes da hipertensão podem surgir principalmente nas crises hipertensivas, tais como: cefaléia, taquicardia, visão turva, tontura, edema, epistaxe, dor nas pernas ao caminhar, agitação, insônia, calor excessivo, cansaço, dispnéia e intolerância aos esforços.

Os sintomas, quando ocorrem, geralmente indicam lesão vascular, com manifestações específicas relacionadas com os sistemas orgânicos servidos pelos vasos envolvidos. A doença arterial coronária com angina é a seqüela mais comum nos indivíduos hipertensos. A hipertrofia ventricular esquerda ocorre em resposta a uma maior carga de trabalho imposta ao ventrículo à medida que ele é obrigado a se contrair de encontro a pressões sistêmicas muito mais altas. Quando o coração não consegue mais suportar a sobrecarga de trabalho, sobrevêm a insuficiência cardíaca. As alterações patológicas nos rins pode se manifestar sob a forma de nictúria(micção aumentada durante a noite) e azotemia ( aumento da uréia e creatinina séricas). O envolvimento vascular cerebral pode produzir um acidente vascular cerebral ou ataque isquêmico transitório, manifestado por paralisia temporária de um lado ( hemiplegia) ou alterações na visão. Os infartos cerebrais são responsáveis por 80% dos acidentes vasculares cerebrais e ataques isquêmicos nas pessoas hipertensas.

Avaliação Diagnóstica: são necessários história e exame físico meticolosos. As retinas são examinadas e devem ser feitos testes laboratoriais para avaliar possível lesão de órgãos, como rins ou coração, que podem estar acometidos pela pressão arterial aumentada. A hipertrofia ventricular esquerda pode ser avaliada pela eletrocardiografia; a proteína na urina pode ser detectada através do exame de urina. A incapacidade de concentrar a urina e um aumento de uréia e creatinina séricas também podem estar presentes. Estudos especiais, como o pielograma intravenoso, renograma, arteriograma renal, estudos seriados da função renal e determinação dos níveis de renina, também podem ser feitos para identificar os pacientes com doença renovascular. A presença de fatores de risco adicionais deve ser avaliada.



Segundo Borenstein, são vários os fatores de risco que podem causar hipertensão arterial. Em geral, alguns deles concorrem, em ação conjunta, para que um indivíduo se torne hipertenso. Podem ser agrupados em fatores ambientais e constitucionais. Os ambientais, como o próprio nome refere, são aqueles fatores diretamente relacionados com o ambiente em que o indivíduo vive. São eles:

➤ Dieta com alto teor de sódio(dieta hiperssódica)

A ingestão de sódio na dieta , seja na forma de sal de cozinha ou nos alimentos processados, tem mostrado uma relação direta com o aumento da pressão arterial. A sensibilidade ao sal também é maior em alguns indivíduos, como os negros os diabéticos e os idosos. Para esses indivíduos, a dieta hipossódica, ou seja com pouco sal, é fundamental no tratamento da hipertensão. Há estudos científicos que comprovam que a dieta pobre em sódio, também nos outros grupos de hipertensos, reduz a quantidade de medicamentos necessários para controlar a pressão arterial, protegendo contra complicações, como a hipertrofia ventricular esquerda, a hipocalcemia, cálculos renais, etc. Portanto, preconiza-se a diminuição da ingestão de sal para todos os hipertensos, independente da raça, sexo e da associação de outras doenças. A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem recomendado à população em geral a ingestão de, no máximo, 6g de sal de cozinha (cloreto de sódio) por dia, como uma forma efetiva de prevenir a hipertensão arterial. O aumento de sal na dieta faz com que ocorra um aumento de líquido de dentro das artérias, provocando um aumento de pressão. Isto ocorre porque, quando nos alimentamos, o sal passa do tubo digestivo para a corrente circulatória. Para que ele ali permaneça necessita de água, e por isso passa a atrair a água que está fora do vaso sanguíneo para o interior do mesmo, aumentando a quantidade de líquidos e consequentemente a pressão arterial.

➤ Dieta com excesso de lipídios (dieta hiperlipídica)

O consumo exagerado de gorduras, principalmente das saturadas (gordura animal), pode levar a um aumento dos lipídios no sangue, o que caracteriza a dislipidemia, que significa elevação das gorduras do sangue. Constitui-se em fator de risco importante para o desenvolvimento da doença coronariana. As principais frações de lipídios no sangue são: o colesterol livre e esterificado, fosfolipídios e triglicerídios, bem como os ácidos graxos livres. O colesterol é uma cera presente nos alimentos de origem animal. É “empacotada” no corpo por “envelopes” de proteínas, que são as lipoproteínas. Uma lipoproteína é uma

proteína que está combinada com um lipídio. Existem dois tipos de lipoproteínas: as de baixa densidade (LDL) e as de alta densidade (HDL). O HDL-colesterol reduz o risco de doenças cardiovasculares, porque retira o excesso de colesterol que se encontra nas artérias, para que seja reciclado no fígado, entrando na fabricação de hormônios e sais digestivos, ou eliminado do organismo. Já o LDL-colesterol é potencialmente perigoso, atuando como vilão, pois, quando em excesso, contribui para o desenvolvimento da aterosclerose, em decorrência do excesso de colesterol mantido dentro dos vasos arteriais. O aumento do colesterol no sangue se dá principalmente pela alta ingestão de alimentos ricos em gorduras saturadas e não só pela ingestão do colesterol. Pode-se considerar dentro da normalidade o colesterol sanguíneo até o limite de 180 a 200mg/dl. Os triglicerídios são gorduras provenientes de uma dieta rica em carboidratos, principalmente de carboidratos simples, como os açúcares refinados ou industrializados, e da alta ingestão de álcool. São uma fonte de energia e estão armazenados no tecido adiposo. No fígado do homem se faz a transformação do açúcar excessivo em triglicerídios, o que contribui para um aumento desta gordura no sangue. O valor considerado normal para os triglicerídios sanguíneos é de até 150 mg/dl.

➤ Aterosclerose, Arteriosclerose

O termo arteriosclerose determina genericamente o processo de espessamento e perda da elasticidade da parede arterial. Refere-se às condições que levam a um suprimento sanguíneo diminuído para os tecidos corporais, em virtude do espessamento e menor elasticidade das paredes arteriais resultantes da idade, alterações degenerativas e hipertensão. Aterosclerose é um dos principais tipos de arteriosclerose, de etiologia multifatorial, decorrente de um processo inflamatório crônico da parede arterial, com depósitos de substâncias gordurosas, colesterol, restos celulares, plaquetas, fibrina e cálcio, que levam à formação de placas enrijecidas, chamada de “placa aterosclerótica”, com redução da elasticidade e da luz do vaso. A aterosclerose é um processo lento e progressivo. Decorre, entre outras causas, do depósito e oxidação de colesterol nas paredes internas das artérias, contribuindo para o espessamento da parede do vaso, redução da elasticidade e obstrução de sua luz. Tem como um dos principais fatores de risco mais importantes a hipertensão arterial. Quando a doença aterosclerótica ocorre nas coronárias se chama doença coronariana, e tem como consequência das mais sérias o infarto agudo do

miocárdio. O excesso de colesterol, mais especificamente de LDL-colesterol, aumenta significativamente a chance de formação de placas de ateroma, nas artérias. Já a elevação dos triglicerídios, juntamente com alterações do metabolismo da glicose e a obesidade, principalmente a central (de tronco), se constitui na síndrome plurimetabólica, que se correlaciona fortemente com a hipertensão arterial. É também uma importante causa de aterosclerose.

#### ➤ Sedentarismo

O sedentário é o indivíduo que está frequentemente inativo, sentado ou deitado. É o indivíduo de pouca atividade física. Nas grandes cidades o sedentarismo constitui-se cada vez mais numa regra, sendo o fator mais prevalente. Em relação à hipertensão arterial, pode-se afirmar ser o sedentarismo um importante fator de risco, ou facilitador da doença. Contribui decisivamente, juntamente com outros fatores, como a obesidade, o estresse e distúrbios metabólicos, para a hipertensão arterial. Já a atividade física se constitui em um potente fator de proteção contra a hipertensão arterial. Mesmo quando a hipertensão arterial persiste, o risco de complicações decorrentes dela se reduz significativamente, diante de uma dose adequada de atividade física.

#### ➤ Tabagismo

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o tabagismo caracteriza-se como a principal causa isolada de doenças e de morte no mundo. Em grande parte pelo prejuízo que o cigarro causa ao sistema cardiovascular. Dentre os malefícios causados pelo cigarro inclui-se o aumento do risco e da gravidade da hipertensão arterial. A hipertensão arterial se constitui em fator de risco dos mais importantes, tanto para a doença coronariana como para doença cerebrovascular, e tem a sua situação seriamente agravada pela presença do tabagismo. O tabagismo isoladamente dobra a possibilidade de doença coronariana e quando associado à hipertensão arterial quadruplica o risco. Em mulheres jovens que fumam, usam anticoncepcionais orais e têm hipertensão arterial, o risco de infarto de miocárdio, tromboflebite e embolia pulmonar chega a ser 30 vezes maior do que em mulheres que não se enquadram nestas situações. Abandonando o cigarro, o risco de doença cardíaca tende a cair, e após 10 anos é o mesmo daqueles que nunca fumaram. Portanto, como parte do tratamento do hipertenso, deve ser desenvolvido um programa de combate efetivo ao tabagismo, com a adoção de técnicas e estratégias competentes.

➤ Uso de álcool

A ingestão excessiva de álcool é um importante fator de risco de hipertensão arterial e de acidente vascular cerebral, os temidos “derrames cerebrais”. O hipertenso de difícil controle passa a responder melhor ao tratamento quando o uso excessivo de álcool é reconhecido e eliminado. Sabe-se que, aproximadamente, 40 a 50% dos consumidores habituais de bebidas alcoólicas apresentam hipertensão arterial sistêmica. A ingestão de álcool está associada a sérios transtornos metabólicos, como elevação de triglicerídeos e importantes alterações do metabolismo da glicose (intolerância à glicose e diabetes tipo 2). Sobre o aparelho circulatório o álcool causa os seguintes efeitos: age diretamente sobre o músculo do coração, sendo causa de miocardiopatias que prejudicam seriamente a função cardíaca; aumenta a produção de substâncias excitantes (adrenalina e noradrenalina), o que causa taquicardia e contribui para a elevação da pressão arterial; pode causar crise hipertensiva, como decorrência de período de abstinência alcoólica, em alcoistas.

➤ Uso de anticoncepcionais

As mulheres que utilizam contraceptivos orais apresentam um pequeno aumento, porém perceptível, tanto da pressão arterial sistólica, quanto da pressão arterial diastólica. Tem-se observado que a hipertensão arterial ocorre mais frequentemente em mulheres que usam contraceptivos orais, especialmente naquelas fumantes, obesas e mais velhas. Se a hipertensão surgir em mulheres que utilizam contraceptivos, é aconselhável que suspendam o uso dessa medicação.

➤ Stress

É um mecanismo fisiológico normal que desencadeia reações orgânicas que permitem a superação de barreiras e envolver-se mais intensamente com projetos. Entretanto, no conceito popular, assim como na linguagem dos profissionais da saúde, a expressão passou a englobar todas as situações de angústia e/ou ansiedade. O estressado seria, nesta visão, o indivíduo perturbado, agredido ou intranquilo. Nesta ótica, o estresse não designaria, como também é correto, um mecanismo natural muitas vezes desejável, que permite diversas atitudes e ações benéficas para a saúde. O problema, deste modo, consiste em controlar as situações de estresse exagerado e/ou fora de controle, conhecidas como distresse. Significa uma das causas desconhecidas de hipertensão arterial e de outros males físicos da civilização. Para tanto, vale a incorporação do cotidiano das pessoas de técnicas

de relaxamento, que possam ser utilizadas rotineiramente e/ou sempre que uma determinada circunstância da vida o exija, como fator de promoção da saúde que possa contribuir de forma efetiva para um bom controle da pressão arterial.

➤ Fatores de risco genéticos (hereditariedade e raça)

Como o próprio nome refere, genéticos são os caracteres hereditários que cada indivíduo traz consigo como bagagem genética.

Há relatos científicos de uma predisposição hereditária e familiar para hipertensão arterial, atribuída à herança genética comum, um mesmo ambiente de exposição, e aos hábitos do estilo de vida inerentes à família. A prevalência de hipertensão arterial na raça negra está entre as maiores do mundo. Comparados aos brancos, os negros apresentam hipertensão arterial mais precocemente e com níveis de pressão muito mais elevados. É mais freqüente que a hipertensão e suas complicações ocorram em familiares diretos de clientes hipertensos.

➤ Obesidade

O excesso de peso tem mostrado uma grande relação com o risco da hipertensão arterial por vários mecanismos: causa sobrecarga cardiovascular, em decorrência de um débito cardíaco aumentado, que contribui para elevar a pressão arterial sistólica; relaciona-se com o aumento dos níveis de aldosterona; nos clientes com obesidade central (de tronco) observa-se maior resistência à insulina e hiperinsulinemia. São fatores que, em conjunto, causam elevação da pressão arterial. Portanto, é recomendado ao cliente hipertenso obeso perder peso, através de uma mudança do estilo de vida, que inclui uma reeducação alimentar e aumento da atividade física, que se correlacionam com uma significativa queda na pressão arterial.

Complicações: As complicações que ocorrem no nosso organismo devido à pressão alta são geradas e ocasionadas pela constante sobrecarga de pressão sobre os vasos existentes no nosso corpo. A hipertensão arterial elevada por um curto período de tempo, ou elevação moderada por décadas, leva à lesão vascular irreversível, comprometimento cardíaco e renal. Estudos têm demonstrado que a hipertensão arterial acelera a doença vascular aterosclerótica, agrava os efeitos deletérios da diabetes mellitus e do cigarro. O cérebro, o coração, os rins, os olhos e os vasos periféricos são os cinco órgãos alvos mais comumente acometidos pela hipertensão arterial.

No nível cerebral podem ocorrer os seguintes problemas clínicos:

**Encefalopatia Hipertensiva**—A pressão arterial, ao atingir valores acima daqueles situados dentro da faixa normal de auto-regulação do fluxo sanguíneo cerebral, determina súbito aumento da pressão e do fluxo sanguíneo cerebral. Nestas circunstâncias, haverá extravasamento de líquido para o parênquima nervoso, com conseqüentes sinais e sintomas de hipertensão intracraniana. O cliente poderá apresentar desde cefaléia intensa, confusão mental, convulsões e coma, até parada cardiocirculatória.

**Ataques Isquêmicos Transitórios**--- Caracterizam-se por causarem déficits neurológicos que desaparecem totalmente em menos de 24 horas. Aparentemente, eles decorrem da embolização de material oriundo de placas de ateromas localizados nas artérias carótidas ou vertebrais. Nestes clientes, além do uso de drogas que diminuem a agregação plaquetária, pode-se considerar a endarterectomia da carótida.

**Acidente Vascular Cerebral Isquêmico**--- Poderá ocorrer por isquemia prolongada ou por trombose. Neste déficit neurológico é evidente, sendo que o cliente ficará freqüentemente com alguma seqüela do evento agudo. Muito embora a população de hipertensos apresente maior casuística de acidentes vasculares cerebrais do que os normotensos, esta patologia também é considerada em clientes normotensos, visto que depende basicamente do processo aterosclerótico.

**Infartos Lacunares**--- São característicos da hipertensão arterial e decorrem de infartos isquêmicos pequenos. São vistos predominantemente na base do cérebro e em geral, não dão sintomas, podendo, no entanto, causar síndromes bem localizadas como, por exemplo, hemiparesia motora pura, quadros sensitivos isolados, etc.

**Hemorragias Cerebrais**--- Praticamente só ocorrem em clientes hipertensos. O quadro neurológico é focal e se observa atenuação aumentada na tomografia computadorizada craniana. A maioria dos clientes apresenta quadro compatível com sofrimento de tronco cerebral ao lado de sinais de sofrimento focal. A mortalidade é extremamente alta e o tratamento é suportivo.

No nível miocárdico:



**Hipertrofia Ventricular Esquerda---** Caracteriza-se pelo aumento da espessura da parede do ventrículo esquerdo, o que ocorre pela hipertrofia das fibras musculares e do aumento da deposição de tecido de sustentação entre as mesmas. Esta alteração é importante indicador para o risco de arritmias e morte súbita. O tratamento medicamentoso, nesta situação, é obrigatório, sendo que todas as drogas, a exceção dos vasodilatadores diretos, têm efeito benéfico.

**Insuficiência Cardíaca---** A hipertensão arterial mantida provoca hipertrofia das paredes do ventrículo esquerdo, que se acompanha de dificuldade de relaxamento e, portanto, de enchimento do mesmo (insuficiência cardíaca diastólica). Numa fase mais avançada pode evoluir para dilatação do ventrículo esquerdo e perda da sua força de contração (insuficiência cardíaca sistólica). Nesta situação, está indicado o uso de drogas do grupo IECA, seguidos pelos vasodilatadores como hidralazina e nitratos, associados aos diuréticos e digitais.

**Edema Agudo de Pulmão---** É a forma extrema de descompensação da insuficiência cardíaca, onde grande volume de sangue, sob pressão, fica represada na circulação pulmonar, provocando extravasamento de líquido para os alvéolos, dificultando as trocas gasosas nos pulmões. É uma situação crítica com risco de vida iminente, devendo ser tratada com vasodilatadores potentes endovenosos, associados a diuréticos de alça em doses altas, e de digitais.

No nível renal:

**Nefroesclerose Maligna---** É encontrada na hipertensão maligna e leva rapidamente (meses) à perda total da função renal. Este tipo de acometimento renal praticamente só ocorre em clientes que não estão convenientemente tratados da hipertensão arterial.

**Nefroesclerose Benigna---** A perda da função renal é muito lenta (10 a 20 anos). Por um processo desconhecido, a nefroesclerose leva à esclerose gradual e ao aparecimento de cicatrizes no rim, juntamente com perda lenta porém progressiva de função.

Retinianas:

O exame de fundo de olho é extremamente útil no estadiamento da lesão vascular da hipertensão arterial, na confirmação diagnóstica da hipertensão maligna, servindo ainda para o diagnóstico de alterações associadas ao diabetes mellitus que habitualmente ocorre na população de hipertensos.

As alterações do fundo de olho têm sido agrupadas em hipertensivas e arterioscleróticas. As hipertensivas compreendem o edema da retina, o estreitamento arteriolar difuso ou localizado, os exsudatos duros, as hemorragias retinianas e o edema de papila. Já as arterioscleróticas compreendem alterações na transparência da parede arterial, o que promove o aparecimento do refluxo central em fio de cobre ou fio de prata, alterações no cruzamento arteriovenoso, irregularidade e tortuosidade na parede das artérias e trombose de veias da retina ou de outros vasos.

#### Ateroscleróticas:

Aterosclerose é a doença provocada pela deposição de gorduras na parede das artérias, seguida por um processo inflamatório crônico e alteração da estrutura da mesma. No coração, esta doença pode acometer as artérias coronárias levando, principalmente, ao entupimento das mesmas. Este fenômeno manifesta-se das seguintes formas:

Angina de Peito—caracteriza-se por uma dor desencadeada pela falta de oxigenação do músculo do coração, ocasionada pela dificuldade do sangue em ultrapassar um segmento estreitado da coronária. Este fenômeno é tipicamente de curta duração (alguns minutos), e desencadeado pelo estresse, esforço físico, frio, e outros fatores. Estes clientes devem ser tratados preferencialmente com beta-bloqueadores e ou bloqueadores dos canais de cálcio.

Infarto Agudo do Miocárdio—É provocado por uma isquemia prolongada, com obstrução total da luz arterial coronária, levando à morte do músculo cardíaco, se não tratado imediatamente.

Doença Vascular Periférica—na circulação periférica, nos membros inferiores, principalmente, o entupimento arterial provoca isquemia da musculatura que provoca dor ao caminhar, forçando o paciente a parar, o que se chama de claudicação. Nos casos mais graves, a isquemia ocorre em repouso, comprometendo os outros tecidos além do muscular, podendo evoluir para necrose, o que é denominado de gangrena. Estes clientes devem ser

tratados com bloqueadores dos canais de cálcio e vasodilatadores. Os beta-bloqueadores estão contra-indicados pois provocam constrição arterial periférica e agravam o quadro.

**Estenose da Artéria Renal**—caracteriza-se pelo entupimento da artéria renal, provocado pelo envolvimento aterosclerótico da mesma, que pode ser uni ou bilateral. Esta doença pode evoluir com piora importante da hipertensão arterial, perda da resposta ao tratamento e, em uma fase mais avançada, o desenvolvimento de insuficiência renal.

**Aneurisma de Aorta**—é a dilatação da aorta, torácica, abdominal, ou ambas, provocada pelo enfraquecimento da sua parede, secundário ao processo aterosclerótico, mais a ação mecânica da pressão arterial. Esta dilatação pode evoluir ao extremo de uma ruptura que, com muita frequência, leva à morte.

**Dissecção da Aorta**—ocorre como resultado da associação da hipertensão com a aterosclerose, em que a camada íntima da parede arterial se rompe, permitindo a passagem de sangue por dentro da parede da aorta, separando as camadas desta parede, seguindo um caminho falso. Este fenômeno provoca o entupimento dos ramos da aorta e a ruptura da mesma. Este é um quadro dramático, que geralmente se acompanha de dor importante, com manifestações múltiplas e risco de vida iminente. Nessa situação, impõe-se diagnóstico e tratamento rápidos e precisos.

## **Anti-hipertensivos**

### **ALDOMET (Metildopa)**

É um agente anti-hipertensivo, capaz de reduzir a pressão sanguínea tanto na posição deitada quanto na ereta. Raramente ocorrem hipotensão postural sintomática, hipotensão de exercício e variações diurnas da pressão sanguínea. Mediante ajustamento posológico pode prevenir-se a hipotensão matinal sem sacrificar o controle da pressão sanguínea vespertina. A metildopa não tem efeito direto na função cardíaca e geralmente não reduz a taxa de filtração glomerular, o fluxo sanguíneo renal ou a fração de filtração. O débito cardíaco geralmente se mantém sem aceleração do órgão. Em alguns clientes a frequência cardíaca se reduz. Por ser relativamente isenta de efeitos adversos sobre a função renal, a metildopa pode ser útil no controle da pressão sanguínea alta, ainda mesmo

em presença de insuficiência renal. Pode ajudar a retardar a progressão da insuficiência renal e o dano devido a manutenção da pressão sanguínea elevada.

As vantagens clínicas são:

- Ação anti-hipertensiva eficaz reduzindo a pressão sanguínea em todas as posições – deitada, sentada e ereta;
- Geralmente o débito cardíaco é mantido sem aceleração do órgão;
- Baixa incidência de hipotensão postural sintomática;
- Raramente ocorrem hipotensão de exercício e variações diurnas na pressão sanguínea;
- Geralmente não reduz a taxa de filtração glomerular, o fluxo sanguíneo renal ou a fração de filtração;
- Mantém e em alguns casos pode até mesmo aumentar o fluxo sanguíneo renal e a taxa de filtração glomerular nos hipertensos com função renal reduzida;
- Pode ser utilizado ainda mesmo em presença de insuficiência renal; nesse caso podem requer-se menores doses;
- Os efeitos colaterais significativos têm sido infreqüentes.

A metildopa está indicada para hipertensão (suave, moderada ou grave) e é excretada pelo rim. A abstinência de Aldomet é acompanhada de retorno da hipertensão de 48 horas sem que, como complicação, os níveis anteriores sejam ultrapassados. A terapia com Aldomet pode ser iniciada na maioria dos clientes já em tratamento com outros anti-hipertensivos, suspendendo-se o uso desse medicamento, gradualmente, se necessário. Como sequência a essa prévia terapia anti-hipertensiva, Aldomet deve limitar-se a dose inicial máxima de 500 mg diárias, a ser aumentada a intervalos de no mínimo 2 dias segundo as necessidades.

Está contra-indicado para hepatopatias ativas, tais como hepatite aguda e cirrose ativa; hipersensibilidade (incluindo distúrbios hepáticos associados a terapia anterior com metildopa), estado depressivo grave e lactação.

Possui com efeitos adversos: edema dos pés ou membros inferiores, febre, insônia, pesadelos, ansiedade, depressão mental, sonolência, secura da boca, náusea, vômito, diarreia, flatulência, congestão nasal, impotência, diminuição da libido, ejaculação diminuída, ginecomastia, bradicardia, alterações significativas nos resultados dos testes da

função hepática, indicativos de hepatite induzida pelo fármaco e geralmente reversível, leucopenia, trombocitopenia, colite aguda, pancreatite, miocardite de hipersensibilidade, reações papulosas e crises hipertensivas, embora raramente, após interrupção do tratamento.

### **ADALAT (Nifedipina)**

Indicado para controle da hipertensão arterial; como coadjuvante no tratamento da crise hipertensiva e também na hipertensão arterial secundária, como coadjuvante do tratamento etiológico. Indicado no caso de doença arterial coronariana, angina do peito crônica estável e angina do peito vasoespástica.

É contra-indicado em casos de choque cardiovasculares e hipersensibilidade à Nifedipina. Não deve ser usado em associação com a rifampicina, pois graças à indução enzimática, podem não ser atingidos os níveis plasmáticos eficientes de Nifedipina. Não deve-se usar este medicamento durante a gravidez e lactação.

Clientes com níveis de pressão arterial muito baixos (pressão sistólica inferior a 90 mm Hg) ou com estenose aórtica grave necessitam de cuidados adicionais. Como com outras substâncias vasoativas, podem ocorrer muito raramente ataques anginosos no início do tratamento com Nifedipina.

Adalat Oros não deve ser utilizado em cliente com bolsa de Kock (ileostomia após proctocolectomia).

Como reações adversas cita-se:

- Geral: astenia, edema, cefaléia, mal-estar, dor no peito e na perna.
- Sistema cardiovascular: edema periférico, vasodilatação, palpitação, taquicardia e síncope.
- Sistema digestivo: constipação, diarreia, boca seca, flatulência e náusea.
- Sistema nervoso: tontura, insônia, nervosismo, parestesia, sonolência e tremor.
- Sistema músculo-esquelético: câibras nas pernas, artralgia, mialgia e distúrbios articulares.
- Sistema uro-genital: poliúria, nictúria e disúria.
- Pele e anexos: prurido e erupção cutânea.

**ALDAZIDA ( Espironolactona + Hidroclorotiazida)**

É uma combinação de dois agentes diuréticos com diferentes, mas complementares, mecanismos e locais de ação, proporcionando efeitos diuréticos e anti-hipertensivos aditivos.

O efeito diurético da espironolactona é mediado através de sua ação como antagonista farmacológico específico da aldosterona, principalmente por ligação competitiva dos receptores no local de troca sódio-potássio, aldosterona-dependente localizado no túbulo contornado distal. A hidroclorotiazida promove a excreção de sódio e água inibindo, principalmente a reabsorção no segmento cortical de diluição do túbulo renal distal. Os efeitos desta combinação são aditivos, resultando na elevação da excreção de água e sódio, enquanto a espironolactona compensa a perda de potássio e magnésio causada pela tiazida e mantém o balanço eletrolítico.

Este medicamento é contra-indicado em caso de insuficiência renal aguda, diminuição significativa da função renal, anúria, hipercalcemia, hiperpotassemia, hipersensibilidade à espironolactona, aos diuréticos tiazídicos e/ou a outras drogas derivadas da sulfonamida.

Possui como reações adversas o possível desenvolvimento de ginecomastia quando em associação com espironolactona que é normalmente reversível quando o uso da Aldazida é descontinuado. Pode ocorrer também vômito, náuseas, dor abdominal, diarreia, cólica, astenia, febre, mal estar, reações anafilatóide, erupções cutâneas eritematosas ou maculopapulares, dermatite, fotossensibilidade, prurido, tontura, parestesia, confusão, alteração da libido, distúrbios eletrolíticos, distúrbios menstruais e nos seios.

**ARELIX (Piretanida)**

É indicado para o tratamento de hipertensão arterial leve a moderada. Na hipertensão grave, Arelix pode ser combinado com fármacos anti-hipertensivos não diuréticos.

É contra-indicado em clientes com hipersensibilidade à piretanida ou aos derivados sulfonamídicos. Não deve ser usado em insuficiência renal com anúria, hipopotassemia ou

hiponatremia graves, hipovolemia com ou sem redução concomitante da P.A, insuficiência hepática associada com alterações do estado de consciência.

As reações adversas que podem ocorrer são as seguintes: náusea, vômito, distúrbios digestivos e diarreia que ocorrem raramente. Podem ocorrer reações adversas devido à depleção de água e eletrólitos, especialmente após o tratamento prolongado com doses altas. A perda excessiva de líquido pode levar à perda de água corpórea (desidratação) e redução do volume sanguíneo circulante (hipovolemia). Como resultado, pode ocorrer hipotensão, distúrbio ortostático de regulação, bem como secura da boca, cefaléia, tontura e alteração visual, especialmente em pessoas idosas. Se a perda de líquidos causar um aumento na concentração sanguínea, pode ocorrer trombofilia, especialmente em clientes idosos. Fraqueza muscular generalizada e câibras nas pernas são sinais precoces de desequilíbrio eletrolítico. Pode ocorrer depleção de potássio, especialmente quando a ingestão de potássio na dieta é insuficiente ou após vômitos ou diarreia. Pode ocorrer depleção de sódio especialmente se a restrição da ingestão de sal for muito rigorosa, que pode manifestar-se por câibras musculares, perda do apetite, sensação de fraqueza, sonolência, apatia, confusão mental e vômito.

A tolerância à glicose pode ser reduzida. Em clientes diabéticos, isto pode levar à deterioração da condição metabólica; o diabetes que não era previamente evidente (DM latente) pode tornar-se manifesto. Os níveis séricos de uréia e creatinina podem se elevar durante o tratamento.

### **CAPOTEN (Captopril)**

É indicado para o tratamento da hipertensão. Pode ser empregado como terapia inicial para clientes com função renal normal, nos quais o risco é relativamente baixo. É eficaz isoladamente e em combinação com outros agentes anti-hipertensivos, principalmente diuréticos do tipo tiazida.

Capoten é indicado no tratamento da insuficiência

#### 4.5 Acidente Vascular Cerebral (AVC)

O Acidente Vascular Cerebral (AVC), ou derrame é uma perda repentina da função cerebral resultante do rompimento do suprimento sanguíneo para uma parte do cérebro. Frequentemente, é o resultado final de vários anos de evolução de doenças vasculares cerebrais crônicas.

Embora os esforços preventivos tenham provocado um declínio significativo em sua incidência no últimos anos, o derrame é a terceira causa de morte, com uma mortalidade global de 18 a 37% para o primeiro derrame e superior a 62% para os episódios subsequentes. Há cerca de dois milhões de pessoas que sobrevivem aos derrames, as quais permaneceram com alguma incapacidade; destas, 40% necessitam de assistência com as atividades de vida diária.

O Acidente Vascular Cerebral resulta de um dos quatro eventos: trombose, embolia cerebral, isquemia e/ou hemorragia cerebral. O resultado é uma interrupção no suprimento sanguíneo para o cérebro, causando uma perda temporária ou permanente de movimento, do pensamento, memória, fala ou sensibilidade.

**Trombose cerebral:** a arteriosclerose cerebral e a circulação cerebral lenta são as principais causas de trombose cerebral, que é a causa mais comum de derrame. Em geral, a trombose cerebral não se desenvolve abruptamente, e a ocorrência de perda transitória da fala, hemiplegia ou parestesia na metade do corpo pode preceder o início de uma paralisia grave por poucas horas ou dias.

**Embolia cerebral:** anormalidades patológicas do lado esquerdo do coração, infarto do miocárdio, bem como infecções pulmonares são os sítios onde se origina a embolia. A insuficiência do marcapasso, a fibrilação atrial e a cardioversão para fibrilação atrial são outras causas possíveis de embolia cerebral e derrame.

O êmbolo comumente se aloca na artéria cerebral média ou em seus ramos, onde ele interrompe a circulação cerebral. O início repentino de hemiparesia ou hemiplegia com ou sem afasia ou perda da consciência no paciente com doença cardíaca ou pulmonar é característica da embolia cerebral.

**Isquemia cerebral:** ocorre principalmente devido a constrição ateromatosa das artérias que o suprem o cérebro.



**Hemorragia cerebral:** pode ocorrer externamente à dura-máter, na área subjacente da dura-máter, no espaço sub-aracnóide ou dentro da massa cerebral (intracerebral).

A hemorragia sub-aracnóide pode ocorrer como resultado de hipertensão ou de trauma.

A hemorragia intracerebral é mais comum em clientes com hipertensão e aterosclerose cerebral porque as alterações degenerativas devido a estas doenças comumente causam ruptura do vaso.

A hipertensão e aterosclerose podem ter relação com o Acidente Vascular Cerebral. Porém, há outras condições que podem causar acidentes cerebrais. São menos comuns do que as causadas por espasmo ou hemorragia devido à arteriosclerose e hipertensão, e algumas são raras:

1. Aneurisma;
2. Abscesso que pode causar quadro semelhante ao do acidente cerebral, por compressão;
3. Infecções bacterianas no coração que podem acarretar coágulos que, então, podem causar embolia cerebral;
4. Sífilis que pode danificar as paredes das artérias cerebrais e provocar acidente cerebral;
5. Meningite que pode causar um estreitamento de artérias cerebrais e criar a possibilidade da formação de coágulos;
6. Leucemia que pode causar acidentes cerebrais pelas lesões provocadas em vasos sanguíneos cerebrais; e
7. Encefalite (infecção mais generalizada do cérebro) pode causar sintomas parecidos com os dos demais acidentes cerebrais.

O Acidente Vascular Cerebral causa uma ampla variedade de déficits neurológicos, dependendo da localização da lesão, do tamanho da área de perfusão inadequada e da quantidade de fluxo sanguíneo colateral (secundário ou acessório). A função do cérebro lesado não pode ser completamente restaurada.

Os déficits neurológicos associados ao derrame são os seguintes:

#### **1. Déficit no campo visual**

- hemianopsia homônima- perda de metade do campo visual que pode ser temporária ou permanente;
- perda da visão periférica;
- diplopia.

O cliente pode apresentar as seguintes manifestações: dificuldade para fazer julgamento a distância, dificuldade visual à noite, visão dupla, não ver pessoas ou objetos do lado da perda visual.

## **2. Déficits motores**

- hemiparesia- fraqueza de um dos lados do corpo;
- hemiplegia- paralisia de um dos lados do corpo;
- apraxia- incapacidade para realizar uma ação aprendida anteriormente;
- disartria- dificuldade em falar, demonstrado pela fala pouco inteligível ou precária causada pela paralisia dos músculos responsáveis pela produção da fala;
- disfagia- dificuldade em deglutir.

## **3. Déficits sensoriais**

- parestesia, manifestando-se com formigamento e dormência de partes do corpo e dificuldade com a propriocepção (capacidade para perceber a posição e movimento das partes do corpo);
- dificuldade na interpretação de estímulos visuais, táteis e auditivos.

## **4. Déficits verbais**

- afasia expressiva manifestando-se pela incapacidade de formar palavras compreensíveis;
- afasia receptiva manifestando-se pela incapacidade de compreender a palavra falada;
- afasia global- combinação das afasias receptiva e expressiva.

## **5. Déficits cognitivos**

- perda da memória de curto e longo prazos;
- nível de atenção reduzido;
- comprometimento da capacidade de concentrar-se;
- raciocínio abstrato precário;
- alteração na capacidade de julgamento.

## **6. Déficits emocionais**

- perda do auto-controle;
- instabilidade emocional;
- redução da tolerância às situações estressantes;
- depressão;
- medo, hostilidade e raiva;
- sentimentos de isolamento.

Ocasionalmente, após o AVC a bexiga torna-se atônica com a sensibilidade comprometida em resposta ao enchimento vesical. Algumas vezes o controle do esfíncter urinário é perdido ou diminuído.

As complicações do AVC incluem hipóxia cerebral, redução do fluxo sanguíneo cerebral e extensão da área da lesão. A função cerebral é dependente da disponibilidade de oxigênio que está sendo liberado para os tecidos.

A prevenção do derrame é a melhor abordagem possível. Os passos são tomados para alterar os fatores e condições humanas que predispõe o derrame ou aumentam o risco pessoal de ter um derrame.

O controle da hipertensão é a chave para a prevenção do AVC.

Outras medidas preventivas são:

- controle do colesterol;
- controle do peso;
- eliminar o fumo, uso de drogas e de bebidas alcóolicas;
- praticar exercícios físicos;
- manter uma alimentação adequada.

O tratamento médico do cliente com AVC pode incluir diuréticos para reduzir o edema cerebral; anticoagulantes podem evitar maior desenvolvimento ou propagação da trombose ou embolização; medicações antiplaquetárias.

As principais metas para o cliente e família podem incluir a melhora do autocuidado, alcance de alguma forma de comunicação, manutenção da integridade da pele, alcance do controle vesical, melhora dos processos de pensamento, restauração do funcionamento familiar e ausência de complicações.

O processo de reabilitação e recuperação posterior ao derrame pode ser prolongado, requerendo paciência e perseverança por parte do cliente e família.

Os familiares do cliente têm um papel importante na recuperação dele. Algum tipo de aconselhamento e sistema de apoio devem estar disponíveis para eles, afim de que os cuidados com o cliente possam interferir com sua saúde ou com seu estilo de vida.

A família pode ter dificuldade na aceitação da incapacidade do cliente e pode construir metas não-realistas. Cabe a equipe de saúde dar informações sobre os resultados do derrame, aconselhar a evitar fazer coisas para o cliente que ele poderia fazer por si mesmo, tranquilizar e reforçar que seu amor e afetuosidade fazem parte da terapia do paciente. Todos devem abordar o cliente com uma atitude otimista e de apoio.

## **5. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS**

### **5.1 Caracterização dos locais de estágio**

Para o desenvolvimento deste trabalho optamos por dois serviços de saúde: Unimed Lar e Policlínica de Referência Regional, ambos situados em Florianópolis.

#### **5.1.1 Unimed Lar**

É um projeto da Unimed de Florianópolis, situado na Rua Osmar Cunha 227, que presta assistência domiciliária à clientes portadores de patologias invalidantes.

Possui como objetivo geral: obter um diferencial, proporcionando através do atendimento domiciliário, cuidados integrais de saúde aos clientes propiciando o retorno ao convívio social/familiar, oferecendo uma melhor qualidade de vida.

Possui como objetivos específicos:

- Humanizar o atendimento ao cliente e família;
- Reintegrar o cliente ao ambiente social e familiar;
- Assistir e apoiar a família, ajudando-a a assumir atribuições e cuidados com o familiar doente, em conjunto e sob supervisão da equipe;
- Diminuir o risco de infecção hospitalar;
- Promover conforto e dignidade ao cliente e família;
- Manter a credibilidade com o médico assistente;
- Favorecer uma recuperação mais rápida; e,
- Reduzir custos.

O serviço funciona das 08:00 às 12:00 e das 14:00 às 18:00 horas, de segunda a sexta-feira. Nos finais de semana e feriados o apoio emergencial é oferecido pelo serviço SOS Unimed. A equipe atua uniformizada e dispõe de telefone celular e um rádio HT.

Atualmente, a Unimed Lar conta com 18 clientes no projeto, sendo que, desde o seu início já foram cadastrados 33 clientes. Destes, 9 foram a óbito e 6 receberam alta.

Em Outubro o projeto foi apresentado à Diretoria da Cooperativa Unimed e, provavelmente, no final do mês de Janeiro de 2001, será apresentado novamente à Diretoria, ao Conselho Administrativo e aos demais conselhos da Cooperativa para a aprovação do serviço.

A Unimed Lar já é considerada como um departamento, possuindo recursos próprios. Porém, não possui a mesma divulgação como a de outros setores da Unimed, pois por se tratar de um projeto piloto, a Unimed resolveu começar o programa com cautela limitando o quadro de clientes àqueles indicados pelos médicos cooperados. As apresentações são consideradas como prestações de contas à diretoria.

A equipe da Unimed Lar é composta por dois médicos assistenciais, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, dois fisioterapeutas, uma assistente social, um motorista e um auxiliar administrativo.

### **FUNÇÕES DOS MEMBROS DA EQUIPE**

#### **MÉDICO:**

- Realizar avaliação clínica inicial;
- Identificar patologias incapacitantes e associadas;
- Fazer o planejamento terapêutico;
- Atender as intercorrências (doenças agudas e subagudas);
- Realizar pequenos procedimentos (punção, sonda enteral, etc.);
- Definir a necessidade de atendimento domiciliário;
- Orientar os cuidados sobre a doença e evolução;
- Fazer acompanhamento médico com periodicidade adequada para cada caso;
- Definir o momento da alta no programa; e
- Elaborar relatório estatístico mensal de atividades.

#### **ENFERMEIRO (A):**

- Planejar e avaliar a assistência de Enfermagem;
- Controlar gastos de materiais;
- Planejar e executar atividades de desinfecção e esterilização de materiais;

- Controlar a reposição de materiais e equipamentos;
- Realizar relatórios diários individualizados de toda assistência prestada;
- Zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependências privativas do serviço;
- Ministrando medicamentos por via oral e parenteral;
- Realizar e orientar os familiares nos curativos;
- Realizar pequenos procedimentos (sonda enteral, sonda uretral, enterocлизма, nebulização, etc.);
- Realizar cuidados especiais (troca de bolsa de colostomia, cistostomia, cânulas e traqueostomia, orientação de insulino-terapia, cuidados com sondas em geral);
- Realizar orientações quanto as medidas higieno-dietéticas e relacionadas com medicação e assistência como um todo;
- Acompanhar o médico na primeira visita domiciliar e todas as demais que se fizerem necessárias;
- Atender intercorrências conforme avaliação dos demais membros da equipe;
- Elaborar relatório estatístico mensal de atividades;
- Programar as visitas domiciliares do técnico de enfermagem;
- Supervisionar os técnicos de Enfermagem; e
- Realizar evolução de Enfermagem sempre que houver visita.

#### TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

- Visitar semanalmente os clientes;
- Avaliar escaras de decúbito e fazer os primeiros curativos orientando familiares e cuidadores;
- Orientar familiares e cuidadores no preenchimento das fichas de controle de sinais vitais, ingestão e eliminações;
- Administrar medicamentos injetáveis quando necessário (sob orientação médica);
- Manter atualizados os prontuários no arquivo do setor;
- Atender intercorrências conforme avaliação dos demais membros da equipe;
- Coleta de material para exames quando necessário;
- Realizar evolução dos cuidados prestados;

- Proceder higienização e desinfecção dos materiais; e
- Fazer controle de acondicionamento e destino do lixo hospitalar.

#### FISIOTERAPEUTA:

- Realizar avaliação físico-disfuncional dos comprometimentos cardíaco-respiratório, aparelho locomotor e neurológico, assim como planejamento e prática da reabilitação das mesmas, propiciando o maior grau de independência possível;
- Orientar familiares quanto as atividades da vida diária, procedimentos fisioterapêuticos (recursos físicos/mecânicos conforme necessidade do cliente);
- Prevenir ou corrigir deformidades existentes;
- Manter ou melhorar a mobilidade torácica efetiva da tosse, limpeza e ventilação das vias superiores;
- Orientar e facilitar as atividades de vida junto a familiares e cuidadores;
- Fazer relatório de controle de recursos utilizados;
- Fazer relatórios diários quanto a orientação, condutas e evolução do cliente; e
- Planejar visitas fisioterápicas conforme necessidades do cliente.

#### ASSISTENTE SOCIAL:

- Entrevistar os familiares e clientes;
- Selecionar clientes com altos custos para a cooperativa;
- Realizar contato com os médicos dos clientes para orientação do atendimento domiciliário;
- Negociar com as empresas e os familiares os gastos adicionais como: locação de equipamentos hospitalares, medicamentos, e outros;
- Orientar os familiares quanto às normas do programa e procedimentos administrativos para admissão e desligamento do mesmo;
- Orientar, pessoalmente ou por telefone, os familiares interessados no programa;
- Elaborar relatório estatístico mensal de atividades; e
- Programar atividades como encontros, cursos com familiares e cuidadores.

#### MOTORISTA:



- Fazer traslado da equipe e seus recursos;
- Atender o programa domiciliário como um todo;
- Manter o veículo em perfeitas condições de uso; e
- Controlar gasto de combustível mensal (via planilha).

#### AUXILIAR ADMINISTRATIVO:

- Organizar pastas e documentos do programa;
- Prestar atendimento telefônico referente ao programa;
- Localizar equipe;
- Agendar clientes e/ou serviços de acordo com assistente social, enfermagem, fisioterapia e motorista; e
- Realizar serviços administrativos do projeto.

Cabe a equipe as seguintes ações assistenciais:

- Discutir a admissão, permanência e alta do cliente no programa de acordo com os critérios estabelecidos pela equipe;
- Realizar planejamento assistencial individualizado;
- Responsabilizar-se pela orientação e educação do cliente e familiares;
- Manter o comportamento ético dos membros da equipe; e
- Documentar os gastos referentes ao tratamento.

A estratégia de ação desenvolve-se de acordo com o fluxograma abaixo:

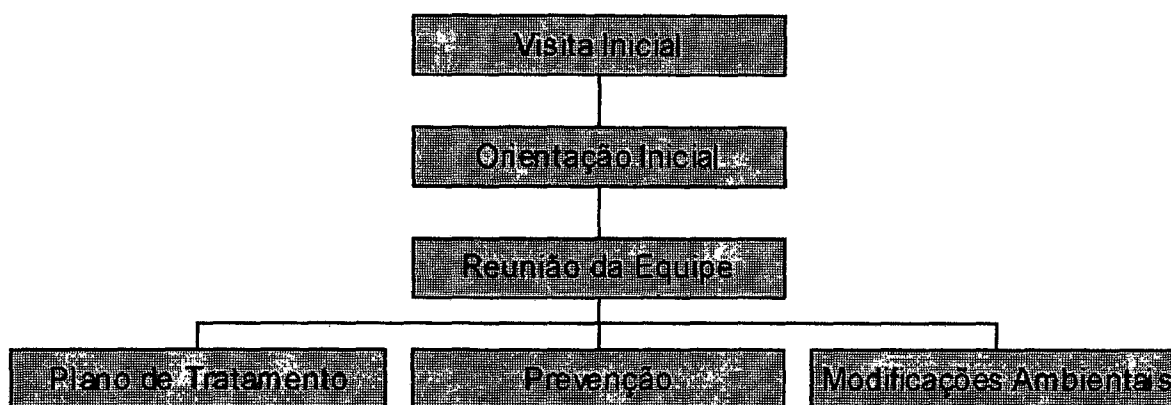


Figura 1 – Modelo operacional

Fonte: Projeto Unimed Lar, Florianópolis, 1998.

O médico assistente após constatar que o cliente não necessita mais de internação hospitalar, encaminha o pedido de cuidado domiciliário à Unimed Lar. A partir daí, toda a equipe da Unimed Lar é acionada a fim de avaliar a condição do cliente, de sua família e de sua moradia para verificar se há condições deste cliente ser cuidado no domicílio.

Quando o cliente preenche os critérios de admissão, cada profissional estabelece um plano terapêutico que inclui a frequência das visitas domiciliares.

Qualquer dúvida em relação ao cliente ou alteração do quadro clínico do mesmo, é comunicada ao médico ou médica assistente que determina a conduta para o caso.

Em situações de emergência, a família aciona a equipe Unimed Lar. O médico ou médica assistente faz a avaliação inicial e, dependendo da gravidade, decide se há a possibilidade de ser atendido no domicílio. Caso sim, é montada toda uma estrutura emergencial de assistência ou faz-se contato com SOS Unimed e encaminha-se o cliente para unidade hospitalar.

Durante a permanência do cliente no programa, este recebe os cuidados da equipe multidisciplinar, determinados pela prescrição do médico assistente.

Os critérios de inclusão no programa são os seguintes:

- Possuir plano de saúde da Unimed de Florianópolis;
- Ser cliente portador de patologias crônicas e agudas;
- Possuir o serviço de atendimento de urgência e emergência SOS Unimed;
- Ter um familiar ou cuidador responsável para dar continuidade e realizar as orientações e cuidados necessários;
- Ter ciência e autorização do médico assistente; e
- Ter ciência e autorização do cliente e seus familiares.

**Obs.** Os casos excepcionais são avaliados pela equipe.

Os clientes que dispuserem do serviço de “internação domiciliar” deverão preencher os seguintes critérios:

- Possuir um médico ou médica responsável pelo tratamento (médico assistente), que fará a solicitação, por escrito, à equipe da Unimed Lar, traçando o plano de tratamento;
- Condições clínicas estáveis, não necessitando de internação hospitalar;

- Condições ambientais e físicas do local de moradia aptas a receber o cliente e/ou o material necessário para o atendimento do mesmo;
- O cliente e seus familiares estarem de acordo com a “internação domiciliária”;
- A família estar em condições de atuar ativamente com o cliente, no nível domiciliário;
- Adaptação e disposição de recursos humanos e materiais, por parte da Unimed Lar, para prestar os serviços necessitados pelo cliente; e
- Análise e comparação dos benefícios da “internação domiciliária” com os benefícios de uma internação hospitalar, levando-se em conta a recuperação do cliente, controle de infecção, custos, etc.

As visitas dos profissionais da equipe Unimed Lar ocorrem de acordo com a necessidade do cliente, considerando o tipo, a gravidade e a evolução da doença.

A assistência de enfermagem, inicia-se com uma visita, onde a enfermeira realiza o histórico do cliente (Anexo 1), em seguida lista os problemas identificados, e, para o controle e avaliação da assistência, registra a evolução do cliente (Anexo 2).

### **5.1.2 Policlínica de Referência Regional**

A Policlínica de Referência Regional de Florianópolis situa-se na Rua Esteves Júnior, 390. Dentre os programas da Policlínica estão incluídos os Programas de Hipertensão, Diabetes e Osteoporose. Apesar de haver a proposta de transformar os Programas Especiais da Policlínica em um programa único – Centro de Referência em Doenças Crônico-Degenerativas e Terceira Idade, na prática ainda não percebemos esta mudança.

Dentre os Programas Especiais, conhecemos a realidade do Programa de Diabetes, o qual funciona nos períodos matutino e vespertino e atende clientes portadores de Diabetes Mellitus. A maioria dos clientes é encaminhada pelo posto de saúde. Na primeira consulta com a Enfermeira do Programa, é realizada a identificação, histórico de saúde e estado de saúde atual do cliente, através de um instrumento próprio (Anexo 3). Durante a consulta é verificado a glicemia capilar, pressão arterial, peso, altura e condições dos pés. Os clientes

possuem um cartão de controle (Anexo 4), onde são registrados os valores da glicemia, pressão arterial e peso. É feito o levantamento dos problemas de saúde e então são dadas as orientações necessárias para o controle dos mesmos. Os registros das consultas ou evoluções são feitos na forma de SOAP, em instrumento próprio (Anexo 5), procurando abranger todos os aspectos que envolvem as condições de saúde, as orientações dadas e o plano de cuidados. Cabe a Enfermeira dar os encaminhamentos necessários para consulta com os profissionais de saúde ligados ao Programa (endocrinologista, cardiologista, nutricionista e ginecologista) e, também para o retorno da próxima consulta (Anexo 6).

## **5.2 População Alvo**

A população alvo foi constituída por clientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus e portadores de complicações e/ou incapacidades decorrentes destas doenças, que procuravam o ambulatório da Policlínica ou que necessitavam de cuidados domiciliários. Selecionamos quatro clientes para a realização do processo de enfermagem, sendo que dois deles foram escolhidos durante as consultas realizadas na Policlínica de Referência Regional e dois durante as visitas domiciliárias realizadas juntamente com a equipe Unimed Lar.

## **5.3 Estratégias de Ação**

O estágio foi realizado no período de 13 de Setembro à 17 de Novembro de 2000 na Unimed Lar das 08:00 às 12:00 horas e na Policlínica de Referência Regional das 13:00 às 18:00 horas.

A fim de cumprir a carga horária estabelecida fizemos um sistema de rodízio, sendo que sempre estiveram duas acadêmicas na Policlínica de Referência Regional e uma na Unimed Lar.

Listamos abaixo as estratégias de ação propostas em nosso projeto de acordo com cada objetivo operacional a fim de alcançar o objetivo final.

**Objetivo operacional 1-** Planejar o cuidado domiciliário e ambulatorial considerando os elementos administrativos da assistência.

**Estratégias**

- Conhecer a realidade dos campos de estágio, bem como suas normas administrativas;
- Traçar o perfil da clientela quanto a idade, sexo, renda familiar, profissão, estado civil, nível de escolaridade e condições do domicílio;
- Aprofundar o conhecimento sobre as complicações e intercorrências decorrentes da Hipertensão, Diabetes e Acidente Vascular Cerebral;
- Auxiliar na elaboração de rotinas e procedimentos de enfermagem considerados prioritários (instrumentos para controle de escaras, manual de rotinas e manual de cuidados de enfermagem aos cuidadores); e
- Revisar o formulário de diagnóstico de enfermagem e sugerir a implementação deste na Policlínica de Referência Regional.

**Objetivo operacional 2-** Realizar o cuidado ambulatorial e domiciliário ao cliente junto a seus familiares.

**Estratégias**

- Aprofundar conhecimentos sobre o cuidado domiciliário, cuidado ambulatorial, Hipertensão, Diabetes e Acidente Vascular Cerebral e desenvolver habilidades a fim de prestar uma assistência de qualidade;
- Realizar consultas de enfermagem na Policlínica de Referência Regional com clientes portadores de Hipertensão e Diabetes;
- Realizar visitas domiciliárias com os clientes selecionados da Policlínica de Referência Regional;
- Realizar visitas e cuidados de enfermagem no domicílio juntamente com a equipe Unimed Lar;
- Realizar reuniões com a orientadora e supervisoras conforme planejamento;
- Registrar as ocorrências relevantes do estágio no diário de campo;
- Descrever o processo de cuidar realizado com quatro clientes; e

- Desenvolver e manifestar atitudes coerentes com os princípios éticos durante o cuidado domiciliário e ambulatorial.

**Objetivo operacional 3-** Avaliar a assistência prestada.

**Estratégias**

- Avaliar a eficácia e aceitação dos instrumentos criados;
- Avaliar a adequabilidade do marco conceitual elaborado;
- Avaliar os resultados do cuidado prestado; e
- Refletir sobre impressões pessoais.

**Objetivo final**

Assistir clientes e familiares, com diagnóstico de Diabetes Mellitus, Hipertensão, Acidentes Vasculares Cerebrais e incapacidades decorrentes destas doenças, no contexto ambulatorial e domiciliário.

## 6. CONHECENDO A CLIENTELA

### 6.1 Conhecendo a Clientela da Unimed Lar

Para atingirmos o objetivo de traçar o perfil da clientela quanto a idade, sexo, renda familiar, profissão, estado civil e nível de escolaridade, buscamos informações através da consulta dos prontuários, conversas com a assistente social, e familiares durante as visitas.

Durante o período de estágio o número de clientes atendidos pelo projeto Unimed Lar, foi reduzido de 21 para 18, pois ocorreram 3 óbitos, um desligamento e uma admissão.

Observamos que a maior parte dos clientes (33%) estão incluídos na faixa etária de 80-89 anos, caracterizando assim uma população idosa que se justifica pelo grande número de portadores de doenças crônico-degenerativas, como podemos perceber no gráfico abaixo.

**Gráfico 1- Perfil da clientela da quanto a faixa etária**

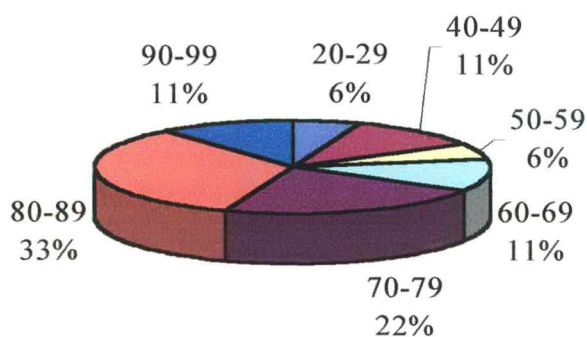


Figura 2

Fonte: Prontuários Unimed Lar

Pode-se observar, através do gráfico 2, que a maior parte dos clientes atendidos pela instituição possuem uma renda familiar excelente, de mais de 7 salários mínimo, como já esperávamos encontrar por tratar-se de uma instituição privada. Por outro lado, não podemos deixar de citar que também encontramos clientes com renda familiar muito baixa (de 1 a 3 salários mínimo), caracterizando um contraste social.

**Gráfico 2-** Perfil da clientela quanto a renda familiar

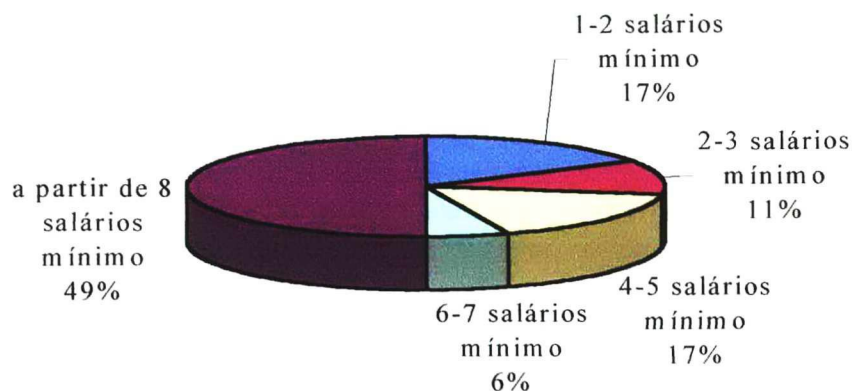


Figura 3

Fonte: Prontuários Unimed Lar

Pode-se observar através do gráfico 3 que a maioria dos clientes atendidos pela Unimed Lar são do sexo feminino.

**Gráfico 3-** Perfil da clientela quanto ao sexo

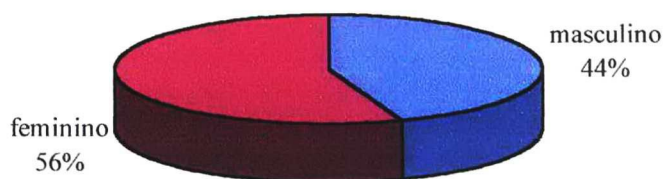


Figura 4

Fonte: Prontuários Unimed Lar

Em relação a categoria profissional observa-se, através do gráfico 4, que a maior parte dos clientes atendidos pela Unimed Lar são aposentados. Confirmando o que já havíamos citado acima, percebemos aqui também o contraste social, já que as profissões variam do médico ao agricultor.



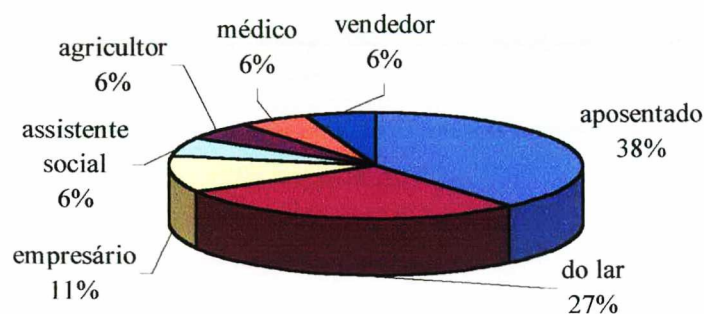
**Gráfico 4-** Perfil da clientela quanto a profissão

Figura 5

Fonte: Prontuários Unimed Lar

De acordo com o gráfico 5, observa-se que metade dos clientes atendidos pela Unimed Lar são casados e, a outra, são viúvos.

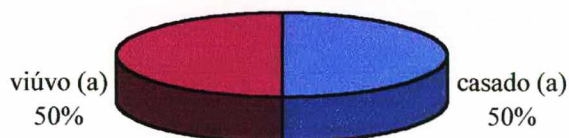
**Gráfico 5-** Perfil da clientela quanto ao estado civil

Figura 6

Fonte: Prontuários Unimed Lar

O grau de escolaridade dos clientes atendidos pela Unimed Lar varia desde o analfabeto até o de nível superior, observando um predomínio daqueles com segundo grau completo.

**Gráfico 6-** Perfil da clientela quanto ao grau de escolaridade

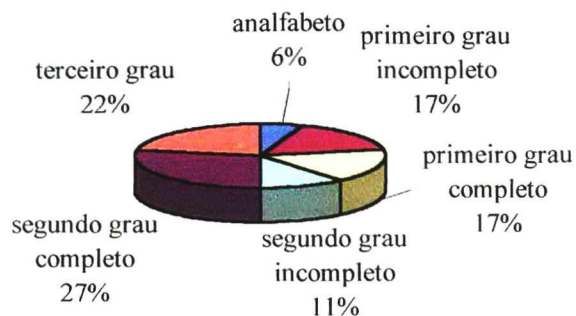


Figura 7

Fonte: Prontuários Unimed Lar

Os diagnósticos médicos mais frequentes dos clientes atendidos foram: Acidente Vascular Cerebral; Arteriopatia Diabética; Broncoinfecção; Câncer; Demência; Diabetes Mellitus; Doença de Alzheimer; Encefalopatia Anóxica por parada cardíorespiratória decorrente de Infarto Agudo do Miocárdio; Enfisema Pulmonar; Epilepsia; Hipertensão Arterial Sistêmica; Insuficiência Cardíaca Congestiva; Insuficiência Vascular Periférica; Mal de Parkinson; Traumatismo Cranioencefálico e Traumatismo Raquimedular.

## 6.2 Conhecendo a clientela da Policlínica de Referência Regional

Conforme o proposto no projeto, a clientela atendida na Policlínica foi de portadores de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica.

Para atingirmos este objetivo buscamos informações através do registro das consultas que realizamos.

A faixa etária dos clientes que atendemos caracterizou-se por uma população adulta, a maioria com idade entre 50-59 anos.

**Gráfico 7- Perfil da clientela quanto a faixa etária**

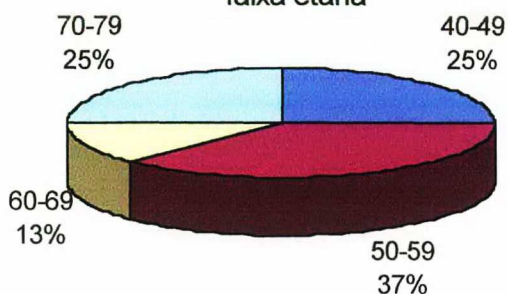


Figura 8

Pode-se observar, através do gráfico 8, que a maior parte dos clientes atendidos possuem uma renda familiar baixa, predominando o valor de 2-3 salários mínimo. Comparado com a renda da população atendida na Unimed Lar (fig.3) pode-se observar que ocorre uma inversão nos valores da faixa salarial, ou seja, na Unimed Lar a renda de 2-3 salários mínimo representa 11% e na Policlínica de Referência Regional representa 37%, enquanto que a renda de mais de 7 salários mínimo é a maioria na Unimed Lar com 49%, na Policlínica representa apenas 13%.

**Gráfico 8- Perfil da clientela quanto a renda familiar**

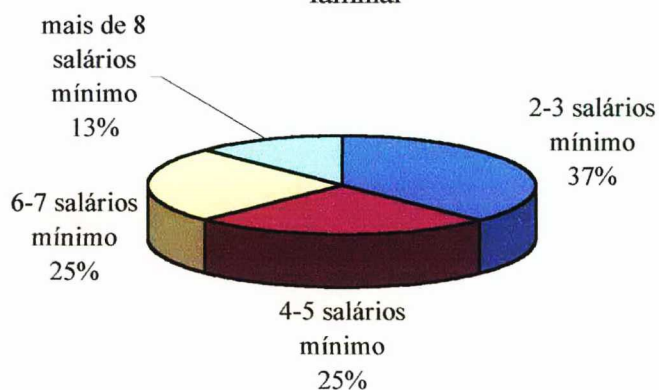


Figura 9

Em relação ao sexo dos clientes que atendemos, observa-se que o público predominante é o feminino.

**Gráfico 9- Perfil da clientela quanto ao sexo**

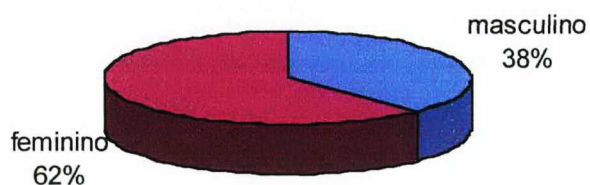


Figura 10

Em relação a categoria profissional observa-se, através do gráfico 10, que a maior parte dos clientes que atendemos são do lar. Estes clientes realizam atividades que são pouco remuneradas, justificando a baixa renda demonstrada na fig.9.

**Gráfico 10- Perfil da clientela quanto a profissão**

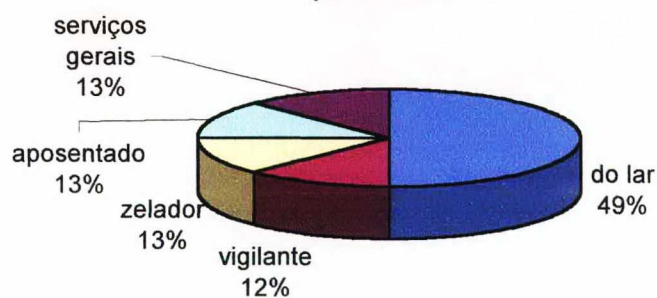


Figura 11

Em relação ao estado civil dos clientes que atendemos observa-se, através do gráfico 11, que a maioria são casados (as).

**Gráfico 11- Perfil da clientela quanto ao estado civil**

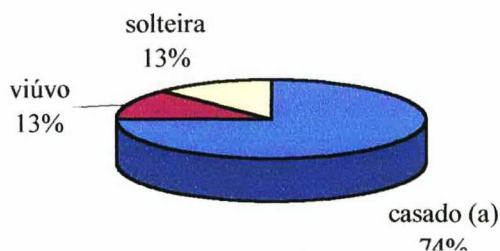


Figura 12

No que diz respeito ao grau de escolaridade, percebe-se que a maioria dos clientes atendidos é analfabeto (fig.13). Isto nos preocupa quando pensamos que o fato de serem analfabetos pode limitar o acesso a informações necessárias ao controle da Diabetes e da Hipertensão, como por exemplo: leitura das bulas dos remédios, informações contidas em folhetos de saúde e revistas, etc.

Aqui pode-se perceber outro contraste social, já que a maioria dos clientes da Policlínica de Referência Regional ou são analfabetos ou possuem o primeiro grau incompleto, enquanto que na Unimed Lar, a maior parte dos clientes possui segundo grau completo ou nível superior.

**Gráfico 12-** Perfil da clientela quanto ao grau de escolaridade

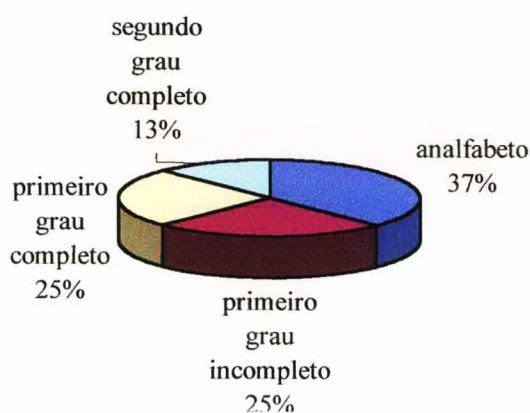


Figura 13

Tanto na Unimed Lar como na Policlínica de Referência Regional não conseguimos caracterizar a população estudada quanto as condições do domicílio. Contudo isto não foi possível devido a falta de informações suficientes nos prontuários e por não ser nosso propósito no projeto visitar todos os clientes no domicílio.

## **7. INSTRUMENTALIZANDO A ASSISTÊNCIA**

Antes do início do estágio já havíamos discutido com nossa orientadora e supervisoras a necessidade de criar alguns instrumentos a fim de definir um modelo e facilitar a assistência. Assim, ficou decidido que na Unimed Lar elaboraríamos o Manual de Procedimentos de Enfermagem, Manual de Cuidados (para os cuidadores), Prescrição de Cuidados de Enfermagem Diários e Instrumento de Controle de Úlcera de Pressão. Na Policlínica de Referência Regional ficou definido que elaboraríamos o Roteiro de Consulta de Enfermagem e a Lista de Diagnósticos de Enfermagem.

Durante o período de estágio nossa supervisora da Policlínica de Referência Regional propôs a elaboração de um guia prático para os profissionais de saúde contendo uma síntese das patologias Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, bem como as principais medicações destas.

### **7.1 Instrumentalizando a Assistência na Unimed Lar**

Para a elaboração dos instrumentos, primeiramente nos voltamos a observação de como eram realizados os procedimentos e os recursos disponíveis para a realização dos mesmos, criando assim uma base para iniciarmos esta tarefa.

O Manual de Procedimentos de Enfermagem (Anexo 7) foi criado com o objetivo de suprir a necessidade da Unimed Lar, auxiliando os profissionais na realização das atividades e padronizando a assistência, pois não havia um instrumento que abordasse assuntos como: higiene e conforto, fluidoterapia; sonda nasogástrica e nasojejunal; sonda vesical; drenagem de urina com *jontex*, aspiração de secreções; nebulização; e, sinais e sintomas, prevenção e tratamento de hipoglicemia e hiperglicemia.

O Manual de Cuidados para os cuidadores (Anexo 8) foi criado a partir da necessidade de dar um maior suporte e conhecimento sobre os cuidados que estes prestam aos seus familiares. Foram abordados os seguintes assuntos: higiene e conforto; soro; nebulização; aspiração de secreção; sonda nasogástrica; sonda vesical; drenagem de urina com *jontex*; aplicação de insulina; e, sinais e sintomas, prevenção e tratamento de hipoglicemia e hiperglicemia.



A elaboração da “Prescrição de Cuidados de Enfermagem Diários” (Anexo 9), considerado prioritário pela nossa supervisora, surgiu a partir da necessidade de dar continuidade ao trabalho realizado pela enfermeira Sibely Mello de Almeida, durante o desenvolvimento de seu projeto de trabalho de conclusão de curso (projeto pioneiro na Unimed Lar). Assim, nos baseamos no instrumento por ela elaborado e realizamos algumas modificações, com o objetivo de aperfeiçoá-lo. Estes instrumentos como a prescrição de cuidados foram feitos com o intuito de serem fixados na parede do quarto dos clientes, para auxiliar os cuidadores nas atribuições diárias.

Como a maioria dos clientes da Unimed Lar apresentam fatores de risco que predispõem a formação de úlceras de pressão, foi discutido com nossa orientadora a necessidade de ter um instrumento que monitorasse estes fatores de risco, a fim de evitar o aparecimento da úlcera, bem como a evolução daquelas úlceras já instaladas. Foi sugerido por nossa orientadora, que utilizássemos um instrumento elaborado pelo Grupo de Estudos em Enfermagem em terapia intensiva do Hospital Governador Celso Ramos – GREEN UTI (anexo 10), do qual ela faz parte. Assim, apresentamos este instrumento à nossa supervisora, o qual ela aprovou. Acreditamos que este instrumento possibilite a pesquisa em relação as úlceras de pressão, contribuindo para ampliar os conhecimentos sobre os fatores de risco, fatores relacionados, caracterização e cuidados destas lesões.

## **7.2 Instrumentalizando a Assistência na Policlínica de Referência Regional**

Devido a pouca experiência com consultas de enfermagem, sentimos a necessidade de ter um roteiro de consulta que se adequasse a nossa proposta conceitual, no qual pudéssemos seguir. Resolvemos então elaborá-lo de maneira com que alcançássemos nossos objetivos. Assim, com o auxílio da orientadora e supervisora, elaboramos em reunião este instrumento, baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta. Depois de pronto, a enfermeira coordenadora do Programa de Diabetes e nossa supervisora optou por utilizá-lo nas suas consultas (anexo 11). Utilizamos este instrumento em nossas consultas e percebemos que este se adequou ao nosso propósito, auxiliando e facilitando a assistência.

Um dos nossos objetivos era revisar o formulário de Diagnóstico de Enfermagem da instituição. Porém, ao estudá-lo, percebemos que este estava inadequado para o nosso propósito, pois não era abrangente o suficiente porque apresentava somente os diagnósticos. Então, resolvemos elaborar uma nova Lista de Diagnósticos de Enfermagem baseado na Classificação Diagnóstica de NANDA, contendo os diagnósticos mais freqüentes nos clientes portadores de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, suas características definidoras e fatores relacionados. Antes da Lista de Diagnósticos de Enfermagem ser concluída, estávamos utilizando em nossas consultas os manuais de diagnósticos de enfermagem de Benedet & Bub e Carpenito. Após a conclusão da lista e sua utilização nas consultas, percebemos que esta tornou mais prática a elaboração dos diagnósticos que utilizávamos na análise da evolução feita em forma de SOAP, já que anteriormente precisávamos consultar o livro, acarretando assim em perda de tempo.

### **Diagnósticos de Enfermagem baseado na Classificação Diagnóstica da NANDA**

<b>Diagnóstico</b>	<b>Características Definidoras</b>	<b>Fatores Relacionados</b>
Adaptação Prejudicada	Verbalização da não aceitação da modificação do estado de saúde ou incapacidade de mudar o estilo de vida no que se refere a alimentação, prática de exercício físico e terapêutica medicamentosa ou no estabelecimento de metas...	Falta de motivação, crença cultural/religiosa, dificuldade de entendimento das orientações.
Ansiedade	Insônia, inquietação, sudorese, aumento da FC, tremores na voz, palpitações, apreensão, incerteza, medo, choro, incapacidade de concentração, nervosismo, verbalização de sentimentos, irritabilidade, tensão facial, impaciência...	Mudança na situação de saúde, mudança no ambiente, perda de pessoas significativas, separação temporária ou permanente, ameaça à integridade biológica secundária a violência, doença ou morte, fracasso, transmissão de ansiedade de outra pessoa para o indivíduo, mudança na situação sócio-econômica.



Comportamento para Elevar o Nível de Saúde	Desejo expresso ou observado de buscar informações sobre a doença, seu tratamento, controle e cuidados e aumentar práticas para o controle de saúde, expressão de preocupação das condições do estado de saúde...	Nutrição ideal e controle de peso, programa regular de exercícios físicos, controle de estresse, rede social de apoio.
Controle Eficaz do Regime Terapêutico	Escolha apropriada das atividades diárias como a prática de exercícios físicos, controle da dieta, cuidados com os pés, controle medicamentoso e prevenção de complicações, sintomas de doença dentro do limite esperado, desejo verbalizado de controlar o tratamento da doença e prevenção de complicações...	Nutrição ideal e controle de peso, programa regular de exercícios físicos, controle de estresse.
Controle Ineficaz do Regime Terapêutico	Dificuldade verbalizada com a adaptação de um ou mais regimes prescritos para o tratamento, verbalização de que não agiu para a inclusão do regime de tratamento à rotina diária, verbalização de que não agiu na redução dos fatores de risco, atividades familiares inapropriadas para o alcance das metas de um tratamento ou da prevenção, aceleração dos sintomas da doença...	Complexidade do regime terapêutico, custo financeiro do regime terapêutico, efeitos colaterais da terapia, falta de conhecimento, conflitos familiares e decisoriais, falta de confiança do regime terapêutico e no profissional de saúde, conflitos de crenças de saúde, barreiras de compreensão, falta de motivação.
Déficit de Conhecimento	Relato de déficit de conhecimento sobre a patologia, prevenção, seus cuidados e possíveis complicações, percepção incorreta acerca do estado de saúde, não desempenho de comportamento correto de saúde prescrito ou desejado, falta de integração do plano de tratamento às atividades	Barreiras de compreensão.

	da vida diária, alteração psicológica resultante da falta de informação ou de informação incorreta...	
Déficit de Lazer	Verbalização de tédio, desejo de que tivesse o que fazer, expressão constante de sentimentos ou pensamentos desagradáveis, expressão facial vazia, perda ou ganho de peso, hostilidade, bocejos ou desatenção...	Dificuldade de acesso ou participação nas atividades normais, comportamentos sociais insatisfatórios, falta de amigos e companheiros, ambiente monótono, falta de motivação, horas excessivas de trabalho, falta de tempo para as atividades de lazer, responsabilidades múltiplas de papel, medo de crime.
Distúrbios no Padrão de Sono	Queixas de dificuldade para adormecer devido a preocupação com os filhos e violência urbana, dificuldade para permanecer dormindo, acordar mais cedo ou mais tarde que a hora desejada, sono interrompido, queixas de não sentir-se bem repousado, sinais físicos de tremor, face inexpressiva, olheira, bocejos freqüentes, fala grossa com pronúncia confusa e palavras incorretas...	Preocupação, ansiedade, dor, mudança de ambiente, transporte de oxigênio prejudicado, hiperatividade excessiva, medicação, sono excessivo durante o dia.
Dor Aguda	Comunicação verbal ou corporal de dor em membros inferiores, costas, abdômen, articulações e boca, expressão facial de dor, tônus muscular alterado (fraqueza em membros inferiores).	Sensação dolorosa relacionada a fatores internos e/ou externos.
Dor Crônica	Comunicação verbal de dor (em articulações e cefaléia) que existe por mais de 6 meses	Sensação dolorosa relacionada a fatores internos e/ou externos.
Integridade da Pele Prejudicada	Lesões do tecido epidérmico e dérmico, pele desprotegida, lesões, prurido, eritema, edema, mucosas secas, lesão de continuidade em pés,	Trauma mecânico ou químico, alterações metabólicas e endócrinas devido a diabetes, irritantes ambientais (radiação solar,

	rachadura no calcanhar...	temperatura, umidade, parasitas, picadas de insetos ou animais, plantas venenosas), diminuição da vascularização dérmica secundário a diabetes, obesidade, emagrecimento, anemia, mobilidade prejudicada, hábitos pessoais não adequados, estrutura corporal frágil, pele seca e fina secundária ao envelhecimento.
Manutenção da Saúde Alterada	Relata ou demonstra uma prática ou estilo de vida pouco sadio por não praticar exercícios físicos, não controlar a dieta e não realizar cuidados relacionado ao tratamento falta de conhecimento sobre as práticas básicas de saúde, falta de comportamento adaptativo a mudanças ambientais internas ou externas, inabilidade para tomar decisões acerca de práticas de saúde (dependência financeira e de familiares), falta de apoio financeiro e de pessoal para atender as necessidades de saúde...	Má interpretação das informações, falta de motivação, falta de acesso aos serviços de saúde, instrução sanitária inadequada, capacidade de compreensão inadequada, efeitos do envelhecimento.
Medo	Sentimento de pavor, medo, apreensão, comportamentos de ausência, déficit de atenção, relatos verbais de pânico, choro, agressão, questionamento/verbalização crescentes, tremores, tensão muscular, pulso acelerado, palpitações, falta de ar, náuseas, vômitos, boca seca, suor, palidez, falta de concentração, irritabilidade, insônia, pupilas dilatadas...	Diagnóstico da diabetes, complicações potenciais da diabetes e hipertensão, injeção de insulina, efeito negativo no estilo de vida.

Nutrição Alterada: ingestão maior do que as necessidades corporais	Excesso de peso, obesidade, comunicação de padrões alimentares indesejáveis, ingesta excessiva às necessidades metabólicas, padrão sedentário de atividades...	Alteração da saciedade, falta de conhecimento nutricional básico, diminuição do padrão de atividades.
Padrões de Eliminação Urinária Alterados	Relata problema de eliminação urinária como urgência, frequência, disúria, nictúria, incontinência, retenção...	Diminuição da capacidade da bexiga ou a sua irritação secundário a glicosúria, infecção, diminuição do tônus muscular da bexiga secundário a uso de diuréticos, fraqueza da musculatura pélvica secundária a obesidade e ao envelhecimento.
Padrões de Sexualidade Alterados	Relato de dificuldade nas atividades sexuais, limitações ou mudanças nas atividades ou no comportamento sexual, expressão de preocupação sobre o funcionamento sexual ou a identidade sexual...	Efeitos bioquímicos sobre a energia e a libido secundários a diabetes, medo associado a DST, efeito do álcool sobre o desempenho, medo da ejaculação precoce ou retardada, efeito de medicação, medo de rejeição secundário a obesidade, medo do fracasso sexual, dor, depressão, ansiedade.
Reação de Pesar Disfuncional	Adaptação mal-sucedida à perda de um ente querido, depressão, negação prolongada, reação emocional retardada, sentimento de culpa, raiva excessiva, isolamento ou retraimento social, fracasso em desenvolver novos relacionamentos e em reestruturar a vida após a perda...	Sistema de apoio indisponível ou falta de apoio, negação da perda, história de relacionamento difícil com a pessoa perdido, perdas múltiplas passadas e presentes, história de estratégias de enfrentamento ineficientes, morte inesperada, expectativa de ser forte, história de perda não resolvida.
Processos Familiares Alterados	Sistema familiar não adapta-se construtivamente nas crises e não comunica-se aberta e efetivamente entre os membros da família, sistema familiar não	Impacto da doença, mudança na capacidade de funcionamento de uma pessoa da família, mudanças emocionais em todas as pessoas devido ao tratamento

	consegue ou não preenche as necessidades físicas, emocionais ou espirituais de todos os seus membros, não expressa ou não aceita uma grande variedade de sentimentos e não busca ou não aceita ajuda...	de um doente, sobrecarga financeira devido ao tratamento de uma pessoa da família, conflito moral e cultural, perda de confiança entre a família, perda de um familiar por morte ou separação.
Risco para Disfunção Neurovascular Periférica	Presença de fatores relacionados.	Perda progressiva da sensibilidade em extremidades e comprometimento da vascularização periférica como complicações crônicas do diabetes...
Risco para Lesão	Presença de fatores relacionados.	Função sensorial prejudicada (tátil e visual), fadiga, hipotensão ortostática, falta de atenção para os riscos ambientais secundária a hipoglicemia, efeitos sobre a mobilidade ou a sensibilidade secundários a anti-hipertensivos, diuréticos, vasodilatadores e hipoglicêmicos, uso de calçados impróprios, retirada de “olho de peixe” com gilete, retirada de cutícula e andar descalço...

© Bauer, Matos, Estácio, Coelho, Bub & Maia.

A idéia do guia prático para os profissionais de saúde contendo uma descrição sintética sobre o Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, bem como as principais medicações utilizadas para o tratamento destas doenças, foi sugerida pela nossa supervisora. Nós consideramos a idéia muito interessante, pois não haviam bibliografias resumidas sobre estes temas na Policlínica. Assim, os profissionais podem contar com uma fonte de pesquisa rápida sobre estes assuntos.

## 8. O PROCESSO DE CUIDAR

### 8.1 Vivências na Unimed Lar

Antes de iniciarmos o estágio estávamos apreensivas e ansiosas quanto ao que encontraríamos, por se tratar de um assunto até então não vivenciado por nós, por estarmos entrando em uma equipe de uma instituição particular e por se tratar do último estágio da graduação. Pela primeira vez nos confrontamos com o nosso papel aluna *versus* enfermeira.

Quando iniciamos nossas visitas, o primeiro sentimento que enfrentamos foi de insegurança. O ambiente da casa dos clientes é de domínio familiar, enquanto que o ambiente hospitalar (predominante durante nossa vida acadêmica) é de domínio profissional. No domicílio, o cliente e sua família possuem maior autonomia na tomada de decisões.

Tivemos um impacto ao nos depararmos com clientes em seu próprio domicílio com incapacidades que causavam dependência e questionamos: *“Como eles devem estar sofrendo para se adaptar às mudanças geradas pelas necessidades da doença. Como o cuidador consegue conciliar as atividades da casa e do trabalho com o cuidado ao cliente? Será que eles ficam sobrecarregados?”*. (Diário de Campo, 2000). Este comentário mostra que as pessoas deixaram de ser “clientes, doenças” e passaram a ser pessoas semelhantes a nós, falíveis como nós. Nos vimos em nossos clientes, descobrimos que também podemos ficar doentes, incapazes e mesmo assim ter que continuar a viver em nossa casa, com nossa família. No cuidado domiciliário a humanidade do cliente é resgatada, já no hospital o cliente muitas vezes é despido da sua humanidade, é um caso, uma doença.

Nos primeiros dias que acompanhamos a equipe Unimed Lar nas visitas domiciliárias, observamos e analisamos as rotinas e a assistência prestada. Nosso objetivo era adquirir maior segurança e adequar nossas atitudes frente à equipe e ao relacionamento com cliente/família. Procuramos também, fora do horário das visitas domiciliárias, conhecer os aspectos administrativos da instituição, como por exemplo a escala e controle de visitas domiciliárias, controle de materiais, organização e controle do almoxarifado e registros nos prontuários.

Após nos adaptarmos, passamos a prestar assistência direta e a nos envolver mais intensamente com a equipe, clientes e familiares. Apesar de já termos um pequeno embasamento teórico sobre o cuidado domiciliário, foi a partir destas vivências que pudemos realmente perceber o contexto que envolve esta modalidade de assistência.

### **8.1.1 Vivenciando o Processo de Cuidar na Unimed Lar**

Um dos objetivos do nosso trabalho foi realizar o processo de cuidar com dois clientes portadores de Acidente Vascular Cerebral conseqüente a Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus. Abaixo estão relatadas suas histórias, que obtivemos através dos registros em prontuários, das entrevistas e convivência com os mesmos.

**\*Os nomes dos clientes são fictícios afim de preservar a identidade dos mesmos.**

#### **História de Maria**

Escolhemos o caso de Maria para relatar neste trabalho, por se tratar de uma cliente cujo perfil estava dentro do que tínhamos proposto, e ainda por ser uma história de Acidente Vascular Cerebral recente.

Maria, 74 anos, sexo feminino, viúva, aposentada, 3 filhos, espírita, estudou até o primário. Mora em uma casa de alvenaria com a irmã e, após o Acidente Vascular Cerebral, uma filha está ficando com ela. A casa tem ótima estrutura, possui 2 quartos, 1 sala, cozinha e banheiro. Possui água encanada e tratamento de dejetos, energia elétrica e coleta de lixo diária.

Maria tem alergia a plástico, perfumes e frutos do mar. É hipertensa e diabética há aproximadamente 12 anos e fazia controle na Policlínica de Referência Regional. Teve sua primeira internação no mês de Julho de 2000 quando sofreu um Acidente Vascular Cerebral. Possui dificuldade auditiva e não consegue ler porque sente vertigens. Relata que fica cansada ao conversar. Tem gastrite e hérnia hiatal. Conhece sobre sua situação de saúde (incluindo as doenças) e preocupa-se muito com isso. Quer sempre saber o resultado dos controles glicêmico e pressórico, porém, às vezes, a filha pede para dizer um valor mais

baixo, evitando que a cliente fique angustiada. Faz o controle da dieta, não ingere alimentos ácidos devido sua gastrite, às vezes se engasga com alimentos devido a uma leve dificuldade para deglutir.

Nos primeiros contatos que tivemos, Maria não deambulava ou ficava em pé, e o braço esquerdo tinha uma rigidez intensa. No decorrer do tratamento sua condição física foi melhorando e por fim já estava deambulando com auxílio e sua rigidez no braço já havia diminuído. No início do tratamento, Maria fazia fisioterapia duas vezes por semana com a equipe Unimed Lar. Atualmente, realiza fisioterapia pela manhã em uma clínica, mantendo as sessões com a equipe pela tarde. Tem apresentado ótima evolução da condição motora.

Na maioria das vezes em que tivemos contato com Maria apresentava-se deprimida, chorosa, com expressão abatida e com várias queixas, dizendo não ter paciência, ficando aborrecida facilmente. Não tolera coisas que antes gostava, como assistir TV, conversar e passear. Incomoda-se pelo fato de que antes da doença era independente, cuidava da casa, saía todos os dias pela tarde e participava de atividades religiosas. Expressou desejo intenso de ir ao centro espírita, porém sente-se muito sensível e concordou com a filha em esperar recuperar-se melhor para retornar a estas atividades. Por várias vezes, Maria expressou que a sua doença não podia ser só “por causa física”, mas também espiritual.

Diz ter insônia e refere o “peso do braço na barriga” como causa da dificuldade para dormir. A filha conta que ao receber visitas a mãe chora.

A cuidadora sente-se desgastada, pediu licença do serviço para dedicar-se à mãe no início da recuperação, mas agora voltou a trabalhar por meio período. Diz não ter tempo de cuidar de sua casa, onde vai uma vez por semana. Relata também ter diminuído o ritmo das suas atividades de lazer. Outros dois filhos também participam do cuidado. A outra filha vai à sua casa diariamente e o filho aos finais de semana.

## **História de Fred**

Escolhemos Fred para nosso processo, por se tratar de um cliente cujo perfil estava de dentro do que propomos. Sua história é bastante interessante e nos emocionou pelos laços afetivos demonstrados pela família com o cliente.



Fred, 58 anos, católico, natural e procedente de Florianópolis, casado, com dois filhos e três netos. Mora em casa própria com sua esposa. Um de seus filhos mora nos Estados Unidos e o outro é casado.

Portador de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, porém cuidava apenas da Diabetes, controlando-a com remédios. Há dez anos, Fred apresentou o primeiro “derrame”. Foi internado no Hospital Governador Celso Ramos para tratamento e não ficou com seqüelas. Há quatro anos estava pescando com seus amigos quando estes o viram caído na lancha desacordado. Foi levado ao SOS Córdio, onde recebeu os primeiros cuidados e foi encaminhado ao Hospital de Caridade. Foi diagnosticado Acidente Vascular Cerebral e Hemorragia Craniana, e então foi realizado craniotomia para drenagem. Ficou sete dias internado na UTI e vinte e três dias na unidade de internação. Como incapacidades do acidente, Fred apresenta hemiparesia à direita necessitando de cadeira de rodas e afasia expressiva. Segundo o cuidador (sobrinho), sua memória não foi alterada já que recorda facilmente de fatos do passado. *“Acho que ele lembra das coisas...Esses dias eu o levei onde fica o barco e os materiais de pesca...Ele ficou olhando e começou a chorar...Ele lembrou da época em que pescava, ele gostava muito de pescar”*(Diário de campo).

Após o acidente, seu sobrinho passou a cuidar de Fred durante o dia, já que a esposa deste trabalha e só chega em casa à noite. Segundo o cuidador, Fred gosta muito de passear, então, quase todos os dias, ele o leva ao centro da cidade e nos domingos passeia em diferentes lugares.

Atualmente está fazendo fonoaudiologia e já consegue falar algumas palavras com a letra “P” quando incentivado e sempre que tenta se expressar apenas fala: *“Agora sim”*. Segundo o cuidador, Fred já aprendeu a comer sozinho, a tomar banho e ajudar a levantar-se utilizando a mão esquerda.

Pudemos perceber que Fred tem muito carinho pelo seu cuidador e que este o cuida com muito zelo, fazendo o possível para tornar sua realidade mais próxima da vida que levava anteriormente. A família tenta adaptar-se a esta nova situação sem modificar os hábitos e o estilo de vida, para que Fred não se sinta diferente. *“Neste ano, iremos fazer a festa de Natal como fizemos nos outros anos, só que será na casa dele. Os filhos até pensaram em não fazer festa por estarem muito tristes com a situação, mas decidimos fazer para mostrar para o tio que o acidente não vai mudar a rotina da família”*.(VM)

## **Diagnósticos de Enfermagem**

Como foi proposto no projeto, trabalhamos com diagnóstico de Enfermagem e com isso pudemos ampliar nossos conhecimentos sobre este assunto. Aprendemos a aplicá-lo de maneira correta e percebemos sua praticidade e clareza.

Listamos a seguir os diagnósticos encontrados durante o acompanhamento aos clientes Maria e Fred.

### **Diagnósticos de Enfermagem de Maria**

- **Déficit de lazer** manifestado pela verbalização de falta de vontade de realizar atividades de lazer relacionado à falta de motivação e dificuldade em locomover-se;
- **Distúrbio na auto-estima** manifestado pela verbalização de ser incapaz de realizar atividades que costumava fazer relacionada à perda de funções do corpo;
- **Distúrbio no padrão do sono** manifestado pela verbalização de dificuldade em permanecer dormindo relacionado à dor em membro superior esquerdo;
- **Interação social prejudicada** manifestada por isolamento relacionada com a dificuldade de locomoção e falta de motivação;
- **Mobilidade física prejudicada** manifestada por hemiparesia relacionada ao comprometimento da capacidade em mover-se;
- **Síndrome do déficit no auto-cuidado** relacionado à paralisia parcial secundária a incapacidade gerada pelo acidente vascular cerebral;
- **Risco para disfunção neurovascular periférica** relacionado à perda progressiva da sensibilidade em extremidades e comprometimento da vascularização periférica como complicações crônicas do diabetes;
- **Controle eficaz do regime terapêutico** relacionado ao controle da dieta e realização de fisioterapia diária;
- **Desgaste do cuidador** manifestado pela verbalização de interferência no trabalho e falta de tempo relacionado às exigências complexas e permanentes dos cuidados; e
- **Angústia espiritual** manifestada pela solicitação de assistência espiritual para a perturbação do sistema de crenças.

## **Diagnósticos de Enfermagem de Fred**

- **Comunicação verbal prejudicada** caracterizada pelo déficit de articulação de palavras relacionada à incapacidade gerada pelo acidente vascular cerebral;
- **Controle eficaz do regime terapêutico** caracterizado pela adaptação e integração à vida diária de forma satisfatória;
- **Mobilidade física prejudicada** caracterizada por hemiparesia relacionada à incapacidade gerada pelo acidente vascular cerebral;
- **Síndrome do déficit no auto-cuidado** relacionado à paralisia parcial secundária a incapacidade gerada pelo acidente vascular cerebral; e
- **Risco para disfunção neurovascular periférica** relacionado à perda progressiva da sensibilidade em extremidades e comprometimento da vascularização periférica como complicações crônicas do diabetes.

## **Intervenção de Enfermagem**

A equipe realiza as visitas domiciliárias aos clientes de acordo com a gravidade dos casos. Como estes clientes possuem um quadro estável, as visitas de enfermagem ocorriam quinzenalmente, não nos possibilitando um acompanhamento mais próximo. Então, as primeiras visitas foram realizadas com a equipe onde nos apresentamos e pedimos a permissão ao cliente e familiares para retornarmos sem a equipe, tendo a oportunidade de conhecer melhor a situação do cliente.

Na primeira visita que realizamos sozinhas, colhemos a história do cliente, e nas outras subsequentes, por não estarmos acompanhadas de nossa supervisora, demos orientações já que não podíamos realizar os procedimentos sem a presença da mesma. Assim, tivemos a oportunidade de conhecer melhor a história do cliente, bem como o ambiente familiar em que ele se encontra, podendo então interagir mais intensamente com os mesmos.

Com a maior proximidade da família, foi possível perceber a reação deles frente às mudanças na rotina familiar, seus ajustes e sua satisfação quanto ao cuidado que prestam ao

familiar acometido pela doença. Também ficou claro a satisfação de todos com a assistência prestada pela equipe.

Realização de Técnicas: quando tivemos oportunidade, realizamos técnicas de Enfermagem durante as visitas, sendo estas:

- Verificação de sinais vitais;
- Curativos;
- Verificação de glicemia capilar;
- Coleta de sangue para exame laboratorial;
- Instalação de fluidoterapia; e
- Mudança de decúbito

Colaboramos também no posicionamento de clientes para realização de curativo, na troca de sonda nasogástrica e de sonda vesical e no debridamento de úlceras. Realizamos também algumas evoluções de enfermagem.

### **Avaliação**

Considerando que os clientes são portadores de doenças crônicas, observamos que poucas mudanças ocorreram no seu quadro clínico, como já era o esperado. Analisando os diagnósticos de Enfermagem destes clientes, percebemos que estes mostraram-se semelhantes e isto se deve ao fato de ambos apresentarem incapacidades decorrentes do Acidente Vascular Cerebral, ocasionado pela Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. As situações que levaram a estes diagnósticos não foram solucionadas. Porém, devido às intervenções, foram amenizadas contribuindo para melhora do bem-estar do cliente e satisfazendo a família quanto ao tratamento, como percebido no relato da filha de Maria: *“Mãe, a senhora está se recuperando rápido, já está começando a caminhar com ajuda e faz pouco tempo que começou a fisioterapia diária. Quanta gente a senhora vê lá na clínica que está há mais de um ano...”*.

No caso de Maria, observou-se uma melhora em relação a mobilidade física, já que está começando a caminhar com auxílio e que percebemos diminuição na rigidez muscular do braço esquerdo.

No caso de Fred, percebeu-se uma melhora em relação a afasia expressiva, já que devido a fonoaudiologia, este cliente está falando algumas palavras. Devido à intervenção da fisioterapia, percebe-se também uma melhora na mobilidade física do cliente.

Quanto aos cuidados que prestamos, não encontramos dificuldades, já que as famílias mostraram-se receptivas e acessíveis às nossas intervenções. Para nós, esta experiência foi gratificante, pois nos sentimos seguras atuando como verdadeiras profissionais.

## **8.2 Vivências na Policlínica de Referência Regional**

Iniciamos o estágio mais seguras, pois já havíamos entrado em contato anteriormente com este local na 5ª fase curricular, quando realizamos consultas de enfermagem e tivemos a oportunidade de conhecer o funcionamento do programa.

Na primeira semana, apenas acompanhamos as consultas de enfermagem realizadas pela nossa supervisora, a fim de selecionar os clientes com o perfil estabelecido por nós. A partir daí, começamos a realizar consultas e acompanhar os clientes quinzenalmente. Criamos um prontuário próprio (anexo 12) com o objetivo de tornar o trabalho organizado e ter um registro de fácil acesso. Neste prontuário haviam dados de identificação do cliente, histórico de enfermagem e evolução das consultas em forma de SOAP. Após as consultas, fazíamos o registro em ambos os prontuários, no da Policlínica e naquele criado por nós.

No total, foram realizadas vinte e cinco consultas, sendo que dois destes clientes foram selecionados para desenvolvermos o processo de cuidar. Com estes mesmos clientes realizamos a visita domiciliária (uma visita para cada cliente). Verificamos a necessidade de visitas domiciliárias a estes dois clientes devido ao fato de termos verificado a complexidade do quadro de saúde apresentado pelos clientes durante as consultas.

Percebemos que o Programa possui recursos e estrutura para melhorar as condições de saúde dos clientes, oferecendo um serviço gratuito, de fácil acesso e de qualidade, que para muitos, é a única oportunidade de receber uma assistência integral.

Relataremos a seguir o processo de cuidar com os dois clientes por nós selecionados.

### **8.2.1 Vivenciando o Processo de Cuidar na Policlínica de Referência Regional**

#### **História de Joana**

Escolhemos Joana por ela ter descoberto o Diabetes recentemente e por percebermos que ela não estava seguindo os cuidados necessários para o controle da doença, necessitando assim de um acompanhamento mais próximo.

Joana, 49 anos, sexo feminino, casada, com 5 filhos, católica e procedente de Biguaçu. Mora em casa própria, com dois de seus filhos e com o marido. Trabalha como vendedora autônoma de roupas e nunca estudou. Fumou por 5 anos, em média 2 carteiras de cigarro por dia, parou há 15 anos e nunca bebeu. Sua mãe é hipertensa e sua filha diabética.

Há 10 anos descobriu ser hipertensa devido a uma intensa dor de cabeça que a fez procurar um médico. O Diabetes foi descoberto recentemente através de exames de rotina solicitados pelo cardiologista. Desde então iniciou o tratamento com medicação. Atualmente, faz controle no Programa do diabetes na Policlínica de Referência Regional.

Apesar de todas as orientações recebidas durante as consultas, não realiza o controle da dieta, apenas evita gorduras e sal. Não realiza exercícios físicos regulares. Desconhecia os cuidados com os pés até primeira consulta que tivemos, quando foi orientada. Porém permaneceu andando descalço e retirando cutícula.

Tem medo de sofrer infarto como consequência da hipertensão e não se preocupa com o diabetes, pois acredita que pode controlá-lo.

Durante as consultas expressava preocupação com seus filhos em relação à violência. Seu filho mais novo chega em casa do serviço após a meia noite e Joana só consegue dormir após sua chegada.

Demonstra ser uma pessoa bastante alegre e realizada com a vida que leva hoje. Expressa amor por sua família e possui muitas atividades de lazer. Gosta de ir ao shopping, viajar com excursões e visitar familiares.

Na visita domiciliária que realizamos pudemos observar que Joana mora em uma casa espaçosa, confortável, arejada e muito bem cuidada. Possui rede de saneamento básico

e instalações elétricas. Nos arredores de sua casa existe um jardim com vários tipos de flores que Joana aprecia e cuida.

Joana nos recebeu com muito carinho e atenção, demonstrou-se bastante receptiva às orientações, expressou satisfação e felicidade pela nossa presença e pelo trabalho que realizamos como podemos perceber aqui por esta frase dita ao nos despedirmos: *“Que ruim que vai acabar o estágio de vocês.... não vamos nos ver mais?”*.

## **História de Rita**

Escolhemos Rita por iniciar no Programa conosco, após 6 anos afastada de acompanhamento ambulatorial que realizava na cidade onde morava e por se tratar de uma situação de difícil resolução, devido à falta de conhecimento que apresentava.

Antes de relatarmos a sua história, queremos ressaltar que sua filha procurou o programa muito preocupada, querendo marcar uma primeira consulta o mais rápido possível, pois Rita estava sentindo-se mal, apresentando tontura, fraqueza, e suspeitando que estivesse com os níveis glicêmicos elevados. Então agendamos a consulta para o próximo dia.

Rita, 59 anos, sexo feminino, casada, católica, com 8 filhos, natural de Rio Grande e procedente de Florianópolis. Mora com seu marido no prédio onde trabalha como zeladora. Nunca estudou.

Realizou histerectomia e ooforectomia há 16 anos e cirurgia ortopédica na perna esquerda no qual colocou parafuso há 3 anos, onde ainda sente dor intensa.

Descobriu a Hipertensão há 20 anos. O Diabetes descobriu há 12 anos, quando então realizou controle na cidade onde morava, tomando insulina. Após mudar-se para Florianópolis, há 6 anos, parou de tomar a insulina e iniciou tratamento por via oral. Teve um “derrame” há 4 anos, quando ficou temporariamente com paralisia facial. Apresenta neoplasia em lábio inferior internamente, demonstrando preocupação e referindo sentir dor no local e dificuldade para alimentar-se. Também sente fraqueza e dor nas pernas e joelhos, causando desconforto. Apresenta dificuldade visual, chegando a perder temporariamente a visão.

Na consulta, relatou desconhecimento quanto as doenças, não apenas sobre as medidas de controle, mas também, quanto ao seu verdadeiro significado. No início não realizava controle da dieta, apenas usava adoçante. Costuma tomar chá de jambolão e chimarrão. Após receber orientações e ser encaminhada à nutricionista, passou a seguir a dieta prescrita. Recebeu orientações quanto a importância da prática de exercícios físicos e iniciou caminhadas semanais (duas vezes por semana por 20 minutos), sendo incentivada a aumentar a frequência e duração das mesmas gradativamente. Quanto aos cuidados com os pés, Rita os desconhecia, necessitando ser orientada. Estava sempre receptiva às informações dadas, porém pouco participava do diálogo, nos dando a impressão de não estar compreendendo.

Expressava insatisfação com o seu trabalho, queixando-se de cansaço, já que é responsável pela limpeza de dois prédios diariamente, desejando aposentar-se. Demonstra tristeza, mostrando-se sempre cabisbaixa. Não costuma realizar atividades de lazer e para distrair-se costuma ir na casa dos filhos.

Na visita domiciliária que realizamos, pudemos perceber que Rita mora em um apartamento pequeno, com dois cômodos pequenos e uma banheiro, pouca luminosidade e ventilação. Apresenta rede de saneamento básico e instalações elétricas. Enquanto conversávamos, observamos que o apartamento apresentava sujidades, com presença moscas e barata. Ao nos mostrar os remédios, Rita mostrou-se confusa quanto ao tipo de medicação a ser tomada para cada doença e os seus respectivos horários. Foi esclarecida quanto às suas dúvidas.

Ao nos despedirmos foi possível perceber sua satisfação com a visita domiciliária quando ela relatou: *“... As pessoas que trabalham no posto de saúde, que nem vocês, deveriam vim na casa da gente... Quanto eu devo para vocês? Preciso pagar alguma coisa?”*.

### **Diagnósticos de Enfermagem**

Os diagnósticos que listaremos a seguir foram obtidos através do registro das consultas que realizamos.



### **Diagnósticos de Enfermagem de Joana**

- **Controle ineficaz do regime terapêutico** manifestado por verbalização de que não incluiu o regime de tratamento à rotina diária relacionado ao fato de não controlar a dieta, não fazer exercícios físicos e não realizar o cuidado com os pés;
- **Manutenção de saúde alterada** manifestada por demonstrar estilo de vida pouco sadio relacionado à falta de motivação;
- **Nutrição alterada: ingestão maior que as necessidades corporais** manifestada por excesso de peso relacionado à falta de controle da dieta e da prática de exercícios físicos regulares;
- **Ansiedade** manifestada por admitir sentimentos de apreensão relacionados com a preocupação com seus filhos;
- **Risco para lesão** relacionado ao nível glicêmico elevado; e
- **Déficit de conhecimento** manifestado pela verbalização de desconhecimento sobre as atividades para o controle do diabetes.

### **Diagnósticos de Enfermagem de Rita**

- **Controle ineficaz do regime terapêutico** relacionado à falta de cuidado com os pés, à falta de atividade física e à falta de controle da dieta evidenciado pela verbalização dos mesmos;
- **Déficit de conhecimento** manifestado pela manutenção inadequada do controle da saúde e expressão de uma percepção incorreta sobre a situação de saúde relacionada ao analfabetismo;
- **Nutrição alterada: potencial para mais do que as necessidades corporais** relacionada com padrões alimentares disfuncionais;
- **Manutenção de saúde alterada** caracterizada por demonstrar um estilo de vida pouco sadio relacionado à dificuldade de entender as orientações dadas decorrente do analfabetismo;

- **Risco para lesão** relacionado à perda progressiva da sensibilidade nas extremidades e comprometimento da vascularização periférica como complicações crônicas do diabetes;
- **Risco para trauma** relacionado à fraqueza nos membros inferiores e dificuldade visual;
- **Mucosa oral alterada** relacionado à neoplasia em lábio inferior; e
- **Déficit de lazer** manifestado pela verbalização de desinteresse por atividades de lazer relacionado à falta de motivação e comportamentos sociais insatisfatórios.

### **Intervenção de Enfermagem**

As consultas eram realizadas quinzenalmente. Na primeira consulta era colhido a história de saúde do cliente e levantados os principais problemas os quais trabalhamos, contribuindo assim para a melhoria das condições de saúde. Intervimos através de orientações, esclarecimento de dúvidas, e motivando-os para as atividades de controle referentes ao tratamento.

Após algumas consultas, marcamos a visita domiciliária com o objetivo de conhecer as condições do domicílio e analisar o comprometimento dos clientes em relação ao tratamento, bem como os recursos disponíveis para o mesmo. Com isso, observamos as reais condições de saúde e estilo de vida dos clientes no dia-a-dia, que não são percebidos na assistência ambulatorial, proporcionando uma visão ampla para a adaptação adequada das atividades que envolvem o tratamento. É por isso que acreditamos que as visitas domiciliárias sejam de suma importância para dar continuidade ao cuidado ambulatorial.

### **Avaliação**

No início, percebemos que os clientes apresentavam muitas dúvidas em relação ao tratamento e que seu estilo de vida não era considerado ideal para o controle do Diabetes e da Hipertensão. Com o decorrer das consultas, constatamos que uma das clientes realizou pequenas modificações nos hábitos de vida. Isto foi muito significativo, pois ela tinha doença crônica há muitos anos, nos dando a certeza de que havíamos conseguido atingir os

nossos objetivos e contribuir para sua melhor qualidade de vida. Acreditamos que ainda há uma longa caminhada pela frente, porém já demos o primeiro passo.

Já a outra cliente, não demonstrou melhora no seu quadro, apesar de todas as orientações dadas. Este fato nos leva a crer que isto se deve à falta de interesse e de motivação da mesma e pelo fato dela mesma nunca ter se deparado com uma situação que trouxesse limitações a sua vida.

## 9. UM DILEMA ÉTICO

**\* O nome deste cliente foi modificado para preservar a identidade do mesmo.**

João\*, 42 anos, sexo masculino, militar, casado, com um filho.

No mês de Agosto de 1999, procurou um reumatologista porque estava sentindo dor no ombro e braço esquerdo. Nesta consulta, o médico realizou uma infiltração. Após uma hora, João foi encontrado no estacionamento em parada cardíaco-respiratória - PCR. Porém, não foi possível saber por quanto tempo ele permaneceu em parada cardíaco-respiratória.

Foi socorrido e levado para a UTI do Hospital Governador Celso Ramos onde permaneceu por vinte dias. Após alta da UTI, permaneceu mais dois meses na unidade de internação deste mesmo hospital. Durante o período de internação realizou vários exames e foi diagnosticado Encefalopatia Anóxica pós parada cardíaco-respiratória por Infarto Agudo do Miocárdio. Como consequência, João ficou totalmente incapacitado para qualquer tipo de atividade (atividades básicas da vida diária - ABVDs e atividades instrumentais da vida diária - ABVDs) de uma forma irreversível.

No dia 20 de Novembro, três meses após o ocorrido, teve alta e foi para o seu domicílio. Retornou ao hospital no dia 18 de Janeiro de 2000 para a realização de gastrostomia, e recebeu alta dois dias após.

Em Fevereiro de 2000, João foi incluído no programa Unimed Lar. Segundo os registros do prontuário já apresentava anquiloses nas articulações dos membros superiores e inferiores, escaras em região sacra e trocânter direito, e em estado grave de desnutrição. Com o passar do tempo, seu quadro foi agravando e passou a apresentar pneumonia de repetição.

Quando iniciamos o nosso estágio, ficamos impressionadas com a situação em que ele se encontrava. Estava acamado, com anquilose em articulações, apresentando espasticidade severa com encurtamento muscular do tipo decorticação cerebral, tendendo a posição fetal, caquético, sem interagir com o meio. Sempre taquipneico e taquicárdico, olhos arregalados e olhar fixo. Apresentava ainda, enormes escaras com péssimo aspecto e odor desagradável em região sacra e trocânter direito e esquerdo apresentando secreção em abundância, com exposição óssea e várias áreas de tecido necrótico. Outras áreas de

pressão podiam ser observadas nas orelhas, tórax, dorso, região sacra, calcâneos, maléolos, hálux e planta dos pés.



Foto autorizada pela família

O acompanhamos de perto, quase que diariamente, juntamente com a equipe Unimed Lar. A cada dia que passava, seu quadro ia piorando, sem perspectiva de melhora. Saíamos de sua casa completamente abaladas e admiradas quanto a sua resistência e com vários questionamentos: *“Por que tanto sofrimento? Será que ele continua entendendo o que está acontecendo com ele e com aqueles com quem convive? Até que ponto será que ele percebe as coisas ao seu redor? Será que reconhece as pessoas, sua esposa, seu filho, sua mãe? O que será que o prende nesta vida?”* (Diário de Campo)

Como já mencionamos anteriormente, para que os clientes possam usufruir do serviço de “internação domiciliar” um dos critérios estabelecidos é que a família esteja em condições de cuidar ativamente do cliente em casa. Porém, com o passar dos dias, a equipe começou a perceber que a família estava desgastada e com dificuldades de assumir todos os cuidados necessários. Tinham dificuldades para trocar os curativos, realizar a mudança de decúbito (vários pontos de pressão estavam aparecendo), realizar todos os cuidados de higiene corporal e, também de dar todos os remédios no horários estabelecidos. Afinal, a situação do cliente era mesmo muito grave e, o pior, sem nenhuma perspectiva de melhora. O quadro do cliente foi se agravando. A família e a equipe estavam nitidamente desgastadas.

Por várias vezes a equipe discutiu sobre qual a melhor conduta a ser tomada. Pois, sem dúvida alguma, estávamos diante de um dilema ético. Os responsáveis pelo programa também buscaram suporte ético para poderem decidir o que era melhor para o cliente e sua

família. Além, é claro, de manter um diálogo constante com a esposa (responsável pelo cliente), pois ele tinha perdido a capacidade para decidir por si próprio. Devido ao desgaste dos cuidadores familiares (o cliente já estava nesta situação por um ano e três meses) a equipe questionou, em uma das reuniões que acontecem semanalmente, sobre a possibilidade de desligá-lo do programa e interná-lo num ambiente hospitalar. Porém, não havia mais nada a fazer; o cliente não se beneficiaria de uma internação hospitalar.

Então, discutimos mais o caso, conversamos muito com a esposa, e o objetivo terapêutico foi redirecionado. Em vez de melhorar o estado de saúde (que sem dúvida alguma não era mais possível) foi decidido que o objetivo seria proporcionar conforto. Isto significa proporcionar alívio da dor, aspirar secreções orais e traqueais, mantê-lo higienizado, controlar a temperatura do cliente e do ambiente, realizar os curativos quantas vezes fosse necessário, manter um ambiente agradável, hidratá-lo e alimentá-lo pela gastrostomia, sem usar via parenteral. Entretanto, João continuava com infecção respiratória, e o quadro clínico que já era crítico, agravou-se ainda mais. No dia 17 de Novembro de 2000, nosso último dia de estágio, João faleceu.



Ética é um dos mecanismos de regulação das relações humanas que visa garantir a coesão social e harmonizar interesses individuais e coletivos. Não há um conceito único sobre ética que seja aceito por todos os que se dedicam ao estudo do tema. Existem vários entendimentos sobre o seu significado.



A ética, enquanto disciplina, se refere à reflexão crítica sobre o comportamento humano, reflexão que interpreta, discute e problematiza, investiga os valores, princípios e comportamento moral à procura do “bom”, da “boa vida”, do “bem-estar da vida em sociedade”. A tarefa da ética é a procura e o estabelecimento das razões que justificam o que “deve ser feito”, e então o “que pode ser feito”. É a procura das razões de fazer ou deixar de fazer algo, de aprovar ou desaprovar, do que é bom e do que é mau, do justo e do injusto. Refere-se à motivação, resultados, ações, ideais, valores, princípios e objetivos. A ética pode ser considerada como uma questão de indagações e não de normatização do que é certo e do que é errado (Fortes, 1998).

Quando refletimos sobre os aspectos éticos do cuidado de saúde podemos utilizar como baliza os princípios da ética biomédica propostos por Childress & Beauchamp (1979) e descritos por Caponi & Bub (1999).

Assim, o princípio da **Beneficência** é a obrigação de ajudar os outros, sempre a favor de seus interesses. No caso de um profissional de saúde, significa que ele deve tratar o cliente com zelo, sempre considerando o quê e como ele gostaria que fosse feito. Trata-se de decidir pelo melhor a ser feito mediante um entendimento mútuo (cliente/família – profissional).

Na situação de João as ações eram tomadas pela equipe de acordo com o que a família e a própria equipe acreditavam ser o melhor para o cliente, já que este não contactuava com o meio. Porém, em algumas situações, houveram conflitos de opiniões. A equipe sentia-se impotente pois, por mais que achasse que a sua decisão poderia ser a melhor para o cliente, não poderia ir contra o desejo da família.

O princípio da **Não-Maleficência** é o dever de se abster de fazer qualquer mal para os clientes. Não só se refere à obrigação que os profissionais da saúde têm de não prejudicar intencionalmente os clientes, mas também, ao fato de que devem evitar qualquer situação que possa significar um risco desnecessário para os mesmos.

Temos a certeza de que todas as decisões e ações tomadas pela equipe não visaram prejudicar o cliente. Mas será que tudo o que foi feito estava bom para ele? Será que as intervenções que estavam sendo tomadas visando manter a vida do cliente não estavam apenas prolongando o seu sofrimento? Estes questionamentos, com certeza, são de difícil resposta.

Já o princípio da *Autonomia* implica no respeito à autodeterminação da pessoa. Quando consideramos as pessoas como seres racionais e livres, que têm desejos e sentimentos, significa que devemos agir de forma a não interferir e não limitar as escolhas autônomas destas pessoas.

Pelo fato de João não interagir com a equipe, não expressando assim seus desejos e sentimentos, esse princípio era de responsabilidade da família, tendo esta o direito de optar nas ações a serem tomadas.

O princípio da *Justiça* refere-se à distribuição adequada de deveres e de benefícios sociais. Significa conceder a todos o direito de receber cuidados de saúde quando for necessário, tendo, todos, sempre as mesmas oportunidades para desfrutar desses benefícios.

Aqui nos deparamos com um aspecto mais voltado para as políticas de saúde, o tema SUS *versus* serviços privados. Estamos certas de que ele recebeu os cuidados de saúde necessários, porém era um cliente com seguro de saúde. Ficamos imaginando o que aconteceria com outros clientes na mesma condição, que não dispusessem de seguro de saúde? Será que teriam oportunidade semelhante?



## 10. PARTICIPANDO E PROMOVENDO EVENTOS

O primeiro evento no qual participamos foi o *1º Encontro de Cuidadores e Familiares da Unimed Lar* realizado no dia 6 de Setembro de 2000, no auditório da Cooperativa Unimed em Florianópolis, onde foi ministrada a palestra sobre “Relacionamento Família-Paciente” pela nossa orientadora Maria Bettina Camargo Bub (anexo 13). O principal objetivo deste evento foi o de integrar todas as pessoas envolvidas com o programa Unimed Lar, possibilitando a troca de experiências e informações a respeito do cuidado à pessoas sob condições de saúde especiais. Este evento nos proporcionou um primeiro contato com a equipe, alguns familiares e clientes da Unimed Lar, já que este ocorreu uma semana antes do início do nosso estágio. Para nós foi uma experiência muito rica, pois pudemos perceber alguns aspectos da assistência domiciliária e, ainda, a satisfação dos clientes e familiares com esta modalidade de assistência, através dos seus depoimentos emocionados.

Neste mesmo mês, nos dias 29 e 30, participamos da *25ª Jornada Catarinense de Enfermagem e 1º Encontro Catarinense dos Estudantes de Enfermagem – Ensino Médio e Graduação* que ocorreu na cidade de Joinville, com o tema “A Humanização da Assistência”. Na nossa opinião, este evento poderia ter sido mais proveitoso, já que se tratava de um tema rico que não foi satisfatoriamente abordado.

Participamos também do *III Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem*, que ocorreu na cidade do Rio de Janeiro entre os dias 9 e 13 de Outubro, que teve como tema principal “Dimensões do Cuidar na Perspectiva Ecológica”. O que nos motivou a participar deste evento foram os cursos, um sobre “Diagnóstico de Enfermagem, Prescrição e Resultados em Home Care” e, o outro, sobre “Tratamento de Feridas”. Para nós, estes cursos acrescentaram conhecimentos importantes, pois além destes assuntos estarem diretamente ligados ao tipo de assistência que estávamos desenvolvendo durante o estágio, contribuíram muito para o nosso crescimento profissional.



Toda última quinta-feira do mês ocorre na Policlínica de Referência Regional a reunião dos diabéticos, onde os clientes do Programa de Diabetes são convidados a participar. Nestas reuniões costumam-se realizar palestras educativas, vivências e confraternizações, nas quais são abordados assuntos variados sobre os cuidados com a saúde. Tivemos a oportunidade de atuar em um destes encontros, onde os clientes puderam assistir a um vídeo onde foi discutido sobre a patologia do Diabetes Mellitus e todas as suas implicações (alimentação, exercícios físicos, cuidados com os pés e terapêutica medicamentosa). Foi ministrada uma palestra sobre “*Tai-chi*” e “A Importância da Prática de Exercícios Físicos” pelo professor responsável pelas aulas de ginástica da Policlínica. Como de costume, após as reuniões, é oferecido um lanche aos clientes e fica disponível a verificação da glicemia capilar e da pressão arterial. Os clientes também têm a oportunidade de receber orientações para a saúde e encaminhamentos quando necessário.

O último evento que participamos foi do *Dia do Diabético*, um evento aberto a toda população, realizado no dia 14 de Novembro na Policlínica. Este evento contou com a participação de vários funcionários, acadêmicos de Enfermagem da UFSC e da UNISUL e seus supervisores e de uma enfermeira Podóloga, proprietária de uma clínica voltada ao cuidado com os pés.

Além de participar da organização do evento, permanecemos durante todo o dia contribuindo em algumas das atividades que estavam desenvolvidas, como por exemplo: distribuição de folhetos explicativos; orientações de enfermagem; palestras educativas;

verificação de glicemia capilar e pressão arterial; cálculo do índice de massa corporal; aplicação de um questionário, para os não diabéticos, que levantava os fatores de risco e graduava por pontuação a predisposição de desenvolverem o diabetes; *stand* voltado ao cuidado com os pés incluindo a exposição de produtos especiais para os pés de portadores do Diabetes; e orientações nutricionais.

Durante discussões com orientadora e supervisora, tivemos a idéia de montar uma mesa com alimentos adequados aos portadores do Diabetes. Nossa intenção foi, além de demonstrar como obter uma dieta saborosa, nutritiva e diversificada, realizar educação em saúde. Então, solicitamos ao Supermercado Angeloni, através de ofício, a doação de alimentos que foram listados pela nutricionista da Policlínica. Nosso pedido foi atendido e, assim ficamos responsáveis pela organização da mesa que ficou disponível durante todo o evento.

Ficamos muito felizes em termos a oportunidade de cooperar na organização de um evento que foi considerado muito importante, já que ofereceu uma atividade de qualidade.



## **11. AVALIANDO A EXPERIÊNCIA**

### **11.1 Avaliando o Marco Conceitual**

Analisando as definições do marco conceitual, percebemos que o conceito de ser humano proposto não se encontra totalmente adequado em relação ao que vivenciamos. Este conceito descreve, entre outros, que o ser humano vive num ambiente físico e sociocultural em relação com a natureza, onde se educa e se transforma pelo diálogo. Porém, em alguns casos, encontramos clientes cujo o ambiente de interação limitava-se ao seu quarto, sem realizar atividades sociais ou culturais. Além disso, alguns perderam a capacidade de contactar e comunicar-se com outras pessoas.

Concordamos que a definição de família nos auxiliou a compreendê-las durante nossa vivência nos campos de estágio. Ficaram claros os aspectos que a influenciam, incluindo o impacto que a doença causa nesta unidade dinâmica que é a família.

Refletindo sobre o conceito de ambiente, chegamos a conclusão de que este está adequado para aqueles com os quais tivemos contato (domicílio e ambulatório), constatando principalmente que o ambiente domiciliar propicia uma maior adequação do cliente em relação as intervenções que buscam a melhoria das condições de saúde. O ambiente ambulatorial apesar de propiciar a realização da prática educativa possui algumas falhas, como, por exemplo, o fato das consultas serem interrompidas pelos funcionários quebrando sua continuidade e tirando a privacidade do cliente. Outro problema nos consultórios é a falta de isolamento acústico, sendo possível ouvir o diálogo da sala ao lado. Achamos que poderiam ser promovidos mais eventos com finalidade educativa, pois em todo o período de estágio ocorreram apenas o comemorativo do Dia do Diabético e as reuniões mensais do grupo de diabéticos.

Em relação ao conceito de doença crônica, percebemos que este se encaixa perfeitamente com a situação dos clientes que nos deparamos, pois estes apresentam as características descritas no conceito.

O conceito de incapacidade está de acordo com a realidade dos clientes que nos deparamos. Muitos deles apresentavam-se com diferentes graus de diminuição da



capacidade, ou mesmo incapacidade para realizar atividades básicas da vida diária – ABVDs, necessitando assim da ajuda de outros (familiares e/ou cuidadores).

Percebemos que o conceito de Enfermagem proposto não se encontra totalmente adequado em relação ao que vivenciamos, pois a Enfermagem não possui somente como objetivos o desenvolvimento dos potenciais dos seres humanos (indivíduo, família e grupos sociais) e a superação de suas limitações. Acreditamos que a Enfermagem também possui como objetivo proporcionar o bem-estar dos seres humanos em qualquer situação, inclusive na situação de morte iminente, quando não existe mais a possibilidade de cura.

Em se tratando dos conceitos de cuidado domiciliário, ambulatorial e prática educativa concordamos com estes, pois o que vivenciamos está de acordo com o descrito.

No cuidado domiciliário foi evidente que este proporciona uma situação mais confortável para o cliente e família se comparado ao tratamento no hospital. As vantagens do cuidado domiciliário que mais nos chamaram atenção foram: a possibilidade de ter uma assistência individualizada dentro do conforto e da segurança do lar; maior participação do cliente e família na tomada de decisão quanto ao seu tratamento (maior autonomia); maior envolvimento do cliente e família na realização do cuidado, proporcionando responsabilidades e fazendo com que estes sintam-se participativos no processo e diminuição de custos se comparado com gastos hospitalares. Acreditamos que estes aspectos proporcionem uma recuperação mais rápida para o cliente. Além de contribuir para a efetividade do princípio de justiça, pois o custo da assistência diminui proporcionando uma melhor distribuição de recursos para todos os envolvidos.

A experiência que tivemos com o cuidado ambulatorial encaixou-se com o descrito no conceito, pois realizamos consultas de enfermagem visando a prática educativa através do diálogo, sem uma postura autoritária, deixando que o cliente escolhesse a melhor alternativa de tratamento, respeitando sua autonomia.

## **11.2 Avaliando o Processo de Cuidar**

O Processo de Cuidar desenvolvido foi baseado no modelo apresentado por Benedit & Bub (1998) no qual as autoras propõem um processo fundamentado na Teoria das

Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta e na Classificação Diagnóstica da *North American Nursing Diagnosis Association – NANDA*.

Como já havíamos trabalhado anteriormente com este modelo durante a graduação, não encontramos dificuldades em aplicá-lo. O descrito nos conceitos do Processo de Cuidar só veio a elucidar os nossos conhecimentos, guiando nossa prática. Apesar do Processo de Cuidar ser dinâmico, sua descrição em etapas auxilia na organização do pensamento. Assim, ficam claros os objetivos de cada etapa, tornando a prática mais funcional.

Como aplicamos o Processo de Cuidar tanto no contexto domiciliar quanto no ambulatorial e por este basear-se na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, comum a todas as pessoas independente do local onde estão inseridas, concluímos que encontra-se apto a ser utilizado em diferentes modalidades de assistência. O processo de cuidar mostrou-se adequado, pois fez com que conhecêssemos a história completa do cliente, tornando a pesquisa dos dados mais prática. Permitiu com que víssemos o cliente como um todo e não só a sua patologia. Os dados eram amplos e conseguiam abordar todas as questões do seu cotidiano, inclusive suas crenças e valores. Acreditamos que estes fatos tornam a assistência mais humanizada.

### **11.3 Impressões Pessoais**

#### **11.3.1 O cuidado domiciliário – UNIMED Lar**

Desde o início do estágio fomos muito bem recebidas pela equipe profissional dos dois locais que atuamos. Nossas supervisoras mostraram-se, além de tudo companheiras, amigas e participativas em nosso processo de crescimento profissional. Foram compreensivas e dedicadas, respeitando nossas limitações e estimulando-nos a superá-las.

A experiência no cuidado domiciliário foi singular e rica, principalmente por se tratar de uma “nova” modalidade de cuidado. Ficou evidente o lado humano do profissional de saúde, que muitas vezes não se exterioriza no ambiente hospitalar. O cuidado domiciliário proporciona a formação de vínculos afetivos com o cliente e família, vínculos estes que muitas vezes ficam adormecidos dentro do hospital. Tivemos a oportunidade de freqüentar o domicílio de pessoas doentes e de perceber as mudanças geradas pela doença

tanto na estrutura da casa, quanto no cotidiano da família. Nos deparamos com diversas situações nas quais o amor, a dedicação, o companheirismo e o respeito à vida eram evidentes entre os membros da família.

Por outro lado, encontramos famílias que davam a impressão de não estarem sendo atenciosas, anulando a pessoa doente e não buscando inseri-la no contexto familiar. Estas situações delicadas nos marcaram profundamente, mexendo com nossos sentimentos, fazendo-nos refletir sobre os nossos valores. Pensávamos como reagiríamos àquelas situações tão tristes e não conseguíamos nos imaginar com um familiar doente dentro da nossa casa. Por várias vezes, saíamos das casas dos clientes abaladas agradecendo pela nossa vida.

Foi evidente a satisfação que este tipo de assistência proporciona para o cliente e familiares, satisfação esta que pode ser percebida com o relato da esposa de um cliente: *“Nem que eu vivesse cem anos eu poderia agradecer o que vocês fizeram por ele” (Diário de Campo)*

### **11.3.2 O cuidado ambulatorial – Policlínica de Referência Regional**

A experiência na Policlínica de Referência Regional foi muito importante e contribuiu para o nosso crescimento profissional. Atuamos com autonomia, agimos e pensamos como verdadeiras enfermeiras. Foi muito gratificante, já que nosso trabalho foi reconhecido pelos profissionais que lá atuam e pelo público que atendemos. Conseguimos estabelecer uma relação de estima, respeito e confiança com nossos clientes, fazendo com que eles se sentissem à vontade, como podemos ver nestes relatos:

*“Isto eu nunca comentei com ninguém, mas com vocês eu vou me abrir...”*

*“Eu preferia que vocês me atendessem...” (Diário de Campo)*

É com muita satisfação e felicidade que afirmamos aqui que conseguimos cumprir todos os objetivos propostos no projeto, buscamos fazer o melhor possível e temos a certeza de que crescemos pessoalmente e profissionalmente.

## 12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Sibely Mello de. Cuidado Domiciliar: uma maneira de assistir em enfermagem. Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de Enfermagem da UFSC. Florianópolis, 2000.
- ATKINSON, Leslie de. MURRAY, Mary Ellen. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989. 618p.
- BENEDET, Silvana Alves, BUB, Maria Bettina Camargo. Manual de Diagnóstico de Enfermagem: Uma abordagem baseada na teoria das Necessidades Humanas Básicas e na classificação diagnóstica de NANDA. Florianópolis: Ed. Bernúncia, 1998. 134p.
- BORENSTEIN, Míriam Süsskind. Manual de Hipertensão. Florianópolis: Editora Sagra Luzatto, 1999. 92p.
- BUB Maria Bettina Camargo, NORDENFELT, Lennart. CAPONI, Sandra, PADILHA, Maria B. C. A Saúde em questão: um espaço para a reflexão. Florianópolis: Ed. Dos Autores, 1999. p145-166.
- CARPENITO, Lynda Juall. Manual de Diagnósticos de Enfermagem. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda., 1999. 488p.
- DEF: Dicionário de Especialidades Farmacêuticas, 98/99.
- DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira, DIOGO, Maria José D'Elboux. Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Editora Atheneu, 2000. 630p.
- DUGAS, B.W. Enfermagem prática. 4<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. 580 p. 580.



ENCYCLOPAEDIA BRITÂNICA DO BRASIL. Dicionário Balsa da Língua Portuguesa. v.1 e 2. Rio de Janeiro – São Paulo: Encyclopaedia Britânica do Brasil Ltda, 1980.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudo de casos. São Paulo: EPU, 1998. p25-35.

GELAIN, Ivo. Deontologia e Enfermagem. 3<sup>a</sup> ed. São Paulo: EPU, 1998.139p.

GEORGE, Júlia B. Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. Tradução por: Regina Machado George. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 338p.

LACERDA, Maria Ribeiro. Cuidado Transpessoal de Enfermagem no Contexto Domiciliar. Florianópolis, 1996. Dissertação de Mestrado. Departamento de Enfermagem da UFSC. Florianópolis.

LACERDA, Maria Ribeiro. Tornando-se Profissional no Contexto Domiciliar- Vivência do cuidado da enfermeira. Florianópolis, 2000. Tese (doutorado). Departamento de Enfermagem da UFSC. Florianópolis.

LUSVARGHI, Luiza. Assistência domiciliar ou home care: o hospital que vai até sua casa. Revista Medicis: cultura, ciência e saúde. São Paulo. Edição nº 6, Setembro/Outubro, 2000. p26-29.

MENEZES, Marcelo de. Projeto Implantação do Serviço UNIMED Lar- Pós Hospitalar. Florianópolis: UNIMED.

NORDENFELT, Lennart. Aaction, Ability and Health: Essays in the Philosophy of Aaction and Welsare. Dordrecht: Kluwer, 2000. 173 p.

ONZI, Rosa Claudia & et al. Úlceras de pressão em U.T.I. Florianópolis: Hospital Governador Celso Ramos, 1999. (Mimeo).

PRADO, Marta Lenise do, GELBCKE, Francine Lima. Fundamentos de enfermagem. Florianópolis: Cadernos Didáticos, 1999. 341p.

PRONTUÁRIOS DOS CLIENTES- Policlínica de Referência Regional, Florianópolis, 2000.

PRONTUÁRIOS DOS CLIENTES- Unimed Lar, Florianópolis, 2000.

PORTELLA, Marilene Rodrigues. Cuidar para um envelhecer saudável: a construção de um processo educativo com mulheres de uma comunidade rural de Passo Fundo/RS. Florianópolis, 1998. Dissertação de Mestrado.

REFERENCIAL TEÓRICO DA POLICLÍNICA DE REFERÊNCIA REGIONAL, 1998.

SANTOS, Silvia Maria Azevedo dos. Prática Assistencial de Enfermagem para idosos crônicos fundamentada no marco conceitual de King. Florianópolis, 1990. Dissertação de Mestrado. Departamento de Enfermagem da UFSC. Florianópolis.

SARNO, John E. , SARNO, Marta Taylor. Derrame: tratamento e prevenção. São Paulo: Editora Ibrasa, 1997. 219p.

SMELTZER, Suzanne C., BARE, Brenda G. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 8ª ed. v.1 e 2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

TRENTINI, Mercedes, PAIM, Lygia. Pesquisa em enfermagem: Uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: Editora da UFSC, 1999.162p.

WENDHAUSEN, Águeda. Educação em Saúde: possibilidade de uma proposta.  
Florianópolis, 1992. Dissertação de Mestrado. Departamento de Enfermagem da  
UFSC. Florianópolis.

## **13. ANEXOS**

## ANEXO 1

**1. Identificação do Cliente**

Nome completo

Registro Nº.

Sexo

Estado Civil

Crença religiosa

☐ Feminino

☐ Masculino

Escolaridade

Procedência

Naturalidade

Tabagismo

☐ Já fumou. Quanto tempo

☐ Nunca fumou

☐ Ainda fuma. Quanto tempo

Diagnóstico Médico

**2. Identificação do Cuidador**

Nome completo

Sexo

Estado Civil

Crença religiosa

☐ Feminino

☐ Masculino

**3. Percepções e/ou expectativas**

Conhecimento do problema de saúde do cliente:

Experiência com internações anteriores:

Expectativas sobre o tratamento domiciliar:

**4. Problemas relacionados às necessidades humanas básicas**

**4.1 Necessidades Psicológicas**

**4.1.1 Comunicação**

**4.1.2 Regulações**

Hormonal

Térmica

Neurológica

Vascular

4.1.3 Percepção dos órgãos dos sentidos

Visual	Auditivo

4.1.4 Oxigenação


4.1.5 Hidratação


4.1.6 Alimentação


4.1.7 Eliminação


4.1.8 Integridade cutânea mucosa


4.1.9 Segurança Física/Meio ambiente/Recursos adaptados par o atendimento


4.1.10 Sono e Repouso


4.1.11 Atividade Física


4.1.12 Cuidado Corporal


4.1.13 Terapêutica


4.1 Necessidades Psicossociais e Espirituais


## ANEXO 2



**N.**

[illegible]

### ANEXO 3



**IDENTIFICAÇÃO**

NOME			
DATA DE NASCIMENTO	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ESTADO CIVIL	RELIGIÃO
ESCOLARIDADE		NATURALIDADE	
OCUPAÇÃO		PLANO DE SAÚDE	
ENDEREÇO			FONE
PESSOA PARA CONTATO			

**HISTÓRIA DE SAÚDE PREGRESSA**

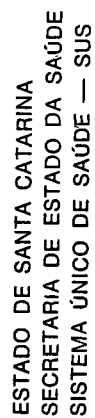
DOENÇAS NA FAMÍLIA	
CIRURGIAS	
ALERGIAS	
TABAGISMO	ALCOOLISMO
OUTRAS DROGAS	
OBSERVAÇÕES	

**ESTADO DE SAÚDE ATUAL**

ASPECTOS PSICOBIOLOGICOS
ENCAMINHADO POR
MOTIVO DA CONSULTA
OUTRAS DOENÇAS
USA MEDICAMENTOS? QUAIS?
ACUIDADE VISUAL E AUDITIVA
ATIVIDADE FÍSICA/BANHO DE SOL
HÁBITOS ALIMENTARES
HÁBITOS DE ELIMINAÇÃO

HÁBITOS DE SONO E REPOUSO				
MÉTODO ANTICONCEPCIONAL				
SEXUALIDADE				
PESO	ALTURA	P.A.	F.C.	F.R.
OUTRAS OBSERVAÇÕES DE ORDEM FÍSICA				
SEGURANÇA EMOCIONAL				
AUTO-ESTIMA E ACEITAÇÃO				
SPECTOS SÓCIO-ESPIRITUAIS				
CONDIÇÕES DE MORADIA				
RENDIA FAMILIAR				
RECREAÇÃO E LAZER				
CRENÇA RELIGIOSA				
PARTICIPAÇÃO NA SOCIEDADE				
USA OS RECURSOS DE SAÚDE EXISTENTES NA COMUNIDADE? QUAIS?				
DUCAÇÃO PARA A SAÚDE				
CAPACIDADES COGNITIVAS				
CAPACIDADES MOTIVACIONAIS				
CRENÇAS E VALORES RELACIONADOS A PRÁTICAS DE CUIDADO				

## ANEXO 4



## CONTROLE GLICÊMICO

NOME	
IDADE	RG
ENDEREÇO	
MEDICAMENTO	
DOSAGEM	

[illegible][illegible]

## ANEXO 5



NOME	REGISTRO
------	----------

[illegible]



[illegible]

## ANEXO 6



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

ORDEM DE CONSULTA MÉDICA

NOME DO PACIENTE		
<input type="checkbox"/> PRIMEIRA CONSULTA	DATA	HORA
<input type="checkbox"/> RETORNO		
MÉDICO		
NOME	ESPECIALIDADE	
ASSINATURA DO SERVIDOR		
TRAZER CARTÃO DO SUS		

## ANEXO 7

# MANUAL DE PROCEDIMENTOS

**Elaborado pelas Acadêmicas da 8ª fase do  
Curso de Graduação em Enfermagem  
da UFSC: Andressa Bauer  
Juliana Matos  
Michelle Estácio  
Orientadora: Maria Bettina Camargo Bub  
Supervisora: Jane Lúcia dos Santos**

## HIGIENE E CONFORTO

Os seres humanos possuem várias diferenciações com relação ao seu humor, personalidade e o corpo. Cada indivíduo é diferente. Assim sendo, a pele, os cabelos, a pigmentação, a espessura cutânea, tudo é diferente. Cada um herdou um conjunto de fatores genéticos que determinam a sua anatomia. Estes fatores podem ser influenciados pelo meio em que se vive, pelo tipo de vida que se leva e pelos cuidados dedicados à saúde.

A higiene é algo bem pessoal e de muita importância na saúde da pele e seus anexos. As práticas variam de indivíduo para indivíduo, decorrente de fatores culturais e familiares.

Cada etapa da vida possui fatores importantes que nos chamam atenção. À medida que envelhecemos, ocorrem alterações na textura da pele, tais como, enrugamento, frouxidão, aumento da pigmentação pela exposição à luz solar, adelgaçamento da pele, diminuição do turgor e elasticidade da pele, diminuição das secreções gordurosas. Estes fatores levam a um ressecamento e descamação da pele, o que torna os idosos menos resistentes a banhos frequentes. As loções e cremes oleosos podem ser um bom artifício de hidratação.

Os objetivos da higiene são:

- Proporcionar um meio biologicamente seguro, através da limpeza, aumento da circulação sanguínea, exercícios passivos e ativos;
- Proporcionar conforto e relaxamento;
- Estabelecer relação pessoa-pessoa;
- Possibilitar avaliação de enfermagem no que se refere a: condições culturais, condições que o indivíduo tem de realizar sua higiene pessoal, idade (em função deste fator devem ser analisados aspectos como vergonha, ressecamento, elasticidade ou turgor da pele), estado nutricional, condições gerais da pele, mucosas e anexos, condições e capacidade dos movimentos, existência de dor em algum local do corpo, entre outros.

Algumas doenças podem causar incapacidades impedindo que o cliente realize o seu auto-cuidado levando-o a exalar odores desagradáveis devido a má higienização da pele,

cabelo e/ou dentes. Unhas encravadas ocorrem quando não são cortadas, principalmente nos pés, interferindo na deambulação. Quando a higiene da pele é negligenciada, ou realizada inadequadamente, as áreas de pressão têm maior probabilidade de serem lesionadas, tornando-se vulneráveis a infecção. A higiene bucal inadequada pode levar à gengivite, formação de placas e tártaros e tornar a língua saburrosa danificando assim a percepção do gosto/paladar e propiciando infecções secundárias. A caspa, assim como o aparecimento de parasitas, são problemas sérios. Estes e outros problemas podem fazer parte da falta de higienização.

As formas de manter a higiene do corpo incluem: banho, higiene oral, cuidado com os cabelos, cuidados com a barba e cuidados com as unhas.

### **Banho**

Há três opções com relação ao tipo de banho:

1. Banho de aspersão/chuveiro, sem auxílio;
2. Banho de aspersão/chuveiro, com auxílio, deambulando ou com cadeira de rodas própria; e
3. Banho no leito.

### **Material necessário para o banho no leito:**

- Bacias;
- Jarro;
- Luvas de procedimento;
- Toalha de banho e de rosto;
- Sabonete;
- Hidratante;
- Roupas de cama.

### **Técnica:**

- Lave as mãos;

- Explique ao cliente o procedimento;
- Coloque a toalha de rosto sobre o tórax do cliente;
- Encha as bacias com água morna;
- Calce as luvas e iniciar a higiene facial, limpando primeiro os olhos, com movimentos da região interna para externa de cada olho. Segue-se a higiene do restante da face, incluindo orelhas e pescoço;
- Seque o rosto do cliente com a toalha de rosto;
- Lave as mãos e braços com massagens circulares usando o sabonete quantas vezes forem necessárias para propiciar boa limpeza de pele, mãos e axilas;
- Coloque a toalha de banho sob o braço que deve ficar estendido ao lado do corpo;
- Ensaboe a mão e o braço com movimentos longos, sempre na direção distal para a proximal;
- Lave e cubra com a toalha para secar;
- Use hidratante realizando massagem;
- Faça o mesmo com o outro braço;
- Ensaboe o tórax anterior e abdome;
- Lave-os e seque-os cobrindo o cliente;
- Exponha uma perna de cada vez e ensaboe na direção distal para a proximal;
- Lave-a e seque-a;
- Limpe o pé e seque bem entre os dedos;
- Ajude o cliente a ficar em decúbito lateral, expondo as costas e as nádegas;
- Ensaboe as costas com movimentos firmes, massageando as regiões hiperemiadas e protuberâncias ósseas;
- Lave e seque;
- Inicie a higiene íntima, a partir da face interna da coxa, região pubiana, genitais e por último anal;
- Enxágue com água e seque;
- Vista o cliente e aproveite para trocar a roupa de cama;
- Retire as luvas;
- Dê o destino adequado ao material;
- Lave as mãos;



- Registre no prontuário.

**Obs: não esqueça de trocar a água das bacias quantas vezes forem necessárias.**

## **Higiene Oral**

Os cuidados da cavidade oral incluem a assistência regular ao dentista, assim como a limpeza adequada dos dentes. O ato de escovar os dentes remove as partículas de alimento, que representam meio adequado para o crescimento bacteriano. Além disso, também massageia as gengivas e estimula a circulação. A limpeza dos dentes ajuda a manter a língua, a mucosa que reveste a cavidade oral e os lábios úmidos, assim como limpos. O gosto agradável e o frescor da boca são importantes para o apetite e para que o cliente saboreie o alimento. Portanto, a boa higiene oral contribui para a obtenção de condições nutricionais adequadas.

Muitos dentistas aconselham a limpeza dos dentes após cada refeição ou, no mínimo, o bochecho da boca após a ingestão de alimentos. Essas medidas ajudam a evitar o acúmulo de partículas alimentares sobre e entre os dentes, o que predispõe às cáries dentárias.

A higiene oral possui como finalidade:

- Limpeza da língua e dentes;
- Prevenir infecções;
- Combater a infecção já instalada; e
- Proporcionar conforto e bem estar ao cliente, fazendo com que ele se sinta socialmente aceito.

Os cuidados da boca são também essenciais para clientes com prótese dentária. Quando a pessoa não pode retirar sua própria prótese a enfermeira pode fazê-lo e limpá-la. Deve-se tomar cuidado na retirada, no seu manuseio durante a limpeza e na recolocação.

Os clientes que se encontram sob restrição hídrica ou alimentar, devido à prescrição de dieta zero ou por serem incapazes de comer e beber suficientemente necessitam de cuidados orais a intervalos frequentes ( a cada quatro horas), afim de manter a língua, os

dentes, as gengivas e a mucosa que reveste a cavidade oral limpos, úmidos e em boas condições, assim como para evitar o ressecamento e rachadura dos lábios.

## **Técnica**

### **Para cliente semi-dependente:**

- Lave as mãos;
- Oriente o cliente sobre o procedimento;
- Prepare o ambiente, separe e organize o material;
- Coloque o cliente em posição Fowler, se possível;
- Proteja a roupa do cliente com uma toalha;
- Calce luvas de procedimento;
- Instrua o cliente sobre o modo correto de escovar os dentes e a língua;
- Coloque a cuba rim no queixo do cliente, para receber a água utilizada;
- Enxágüe a escova e guarde-a;
- Deixe o ambiente confortável e em ordem;
- Retire as luvas;
- Dê o destino adequado ao material;
- Lave as mãos;
- Registre no prontuário.

### **Para cliente dependente:**

- Umedeça a escova com água e solução dentifricia;
- Escove os dentes com movimentos circulares;
- Dê água para bochechar;
- Adapte a cuba rim ao queixo do cliente;
- Escove a língua para retirar a saburra;
- Faça o cliente bochechar várias vezes;
- Enxugue sua boca;
- Dê o destino adequado ao material e deixe o ambiente em ordem;

- Retire as luvas;
- Lave as mãos;
- Registre no prontuário.

**Para cliente em estado grave ou inconsciente:**

- Se possível, coloque o cliente em posição semi-Fowler;
- Proteja a roupa do cliente com toalha de rosto;
- Adapte a cuba rim ao lado do queixo;
- Lave as mãos e calce as luvas de procedimento;
- Umedeça a gaze e proceda a limpeza dos dentes e gengivas limpando a mucosa das bochechas e o palato;
- Limpe a língua utilizando espátula, cotonete ou pinça com gaze;
- Lave os lábios e lubrifique-os com óleo se estiverem ressecados;
- Reorganize o ambiente;
- Retire as luvas;
- Lave as mãos;
- Registre no prontuário.

**Cuidados com os cabelos**

- Lave sempre que necessário durante o banho;
- Seque os cabelos após para evitar resfriamento;
- Penteie os cabelos e prenda, se necessário.

**Finalidades da higiene dos cabelos:**

- Promover a limpeza dos cabelos e couro cabeludo;
- Proporcionar conforto ao cliente;
- Estimular a circulação do couro cabeludo;
- Evitar o aparecimento de pedículos.

### **Cuidados com a barba:**

Quando o cliente não puder se barbear, o enfermeiro pode ajudar. Necessita-se de água quente/morna, que amolece os pêlos. Após a obtenção de espuma com o creme e o pincel na pele do cliente, passa-se o barbeador com movimentos curtos e firmes. Estica-se a pele sobre o osso e barbeia-se no sentido do crescimento do pêlo. Utiliza-se loção após barba se houver.

### **Cuidados com as unhas:**

- Limpe e corte as unhas do cliente, caso ele não possa realizar os seus próprios cuidados;
- As unhas dos dedos dos pés devem ser cortadas em ângulo reto;
- Tenha cuidado em clientes com diabetes ou distúrbios circulatórios, pois um ferimento pode ocasionar uma má cicatrização, infecção e consequências mais graves;
- Caso as unhas sejam muito duras, coloque em imersão com água morna durante 10 a 15 minutos afim de amolecê-las o suficiente para serem cortadas.

## FLUIDOTERAPIA

Quando as necessidades hídricas não são satisfeitas ou quando há o risco de não serem satisfeitas, frequentemente é usada a suplementação com líquidos por via parenteral (terapia EV). O líquido estéril é introduzido por via endovenosa e a velocidade de infusão e o tipo de solução são condizentes às necessidades hídricas de cada cliente.

A escolha de uma solução endovenosa depende do propósito específico para o qual ela é direcionada. Geralmente, as soluções endovenosas são administradas para atingir um ou mais dos seguintes objetivos:

- Oferecer água, eletrólitos e nutrientes para o atendimento das necessidades diárias;
- Compensar as deficiências hídricas e corrigir as eletrolíticas;
- Oferecer um meio de administração endovenosa de medicamentos;
- Ser uma medida preventiva, proporcionando um acesso rápido ao sistema circulatório, no caso de surgirem problemas durante um tratamento ou procedimento.

### **Tipos de soluções endovenosas:**

As soluções muitas vezes são classificadas como isotônicas, hipotônicas ou hipertônicas, se a sua osmolaridade total for igual, inferior ou superior à do sangue.

- **Soluções isotônicas:** possuem uma osmolaridade total próxima da do líquido extracelular, não ocorrendo movimento de água para o interior ou exterior do sistema vascular. Estas soluções expandem o volume líquido extracelular.
  - **SORO GLICOSADO A 5%:** cada 100 ml fornece 170 Kcal e não possui eletrólitos. Sua principal indicação é a manutenção calórica ou reposição hídrica.
  - **SORO FISIOLÓGICO A 0,9%:** não contém eletrólitos além de sódio e cloreto. É utilizado para restabelecer ou manter o equilíbrio de sódio, fornecer energia e repor perdas de volume de líquido.

- **SOLUÇÃO DE RINGER:** contém sódio, potássio, cálcio e cloreto. É utilizado para suplementar ingesta inadequada de líquido ou perdas de água excessiva.
- **SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO:** contém sódio, cloreto, potássio, cálcio e lactato. É utilizado para tratar desidratação e acidose discreta.

➤ **Soluções hipertônicas:** são soluções que apresentam pressão osmótica mais elevada que a do sangue. Utilizadas para repor déficit de líquidos ou de eletrólitos.

- SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5% EM SF A 0,9%
- SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5% EM RINGER LACTATO
- SOLUÇÃO DE GLICOSE A 10% EM ÁGUA
- SOLUÇÃO DE GLICOSE A 20% EM ÁGUA

➤ **Soluções hipotônicas:** são soluções que apresentam pressão osmótica inferior a do sangue. Utilizadas para lançar água no espaço intersticial a partir do sangue.

- SOLUÇÃO SALINA A 0,45%

**Locais de punção:** existem várias possibilidades de veia, porém prefere-se as extremidades dos MMSS. Deve-se evitar as veias na prega do cotovelo. Os MMII devem ser a última escolha por haver risco de embolia e trombose.

#### **Critérios para a escolha da veia e instalação da fluidoterapia:**

- Tipo de droga a ser injetada;
- Nível de consciência do cliente;
- Tempo de duração prescrita para a reposição hídrica;
- Volume a ser infundido;
- Veias muito superficiais são menos calibrosas, portanto suportam menos volume de líquidos;
- Deve-se observar sempre a condição venosa, presença de endurecimento, punções anteriores, flebites ou qualquer outro problema;
- Deve-se evitar puncionar articulações e membro lesado.

### **Complicações de terapia intravenosa e cuidados de enfermagem para as mesmas:**

- **Infiltração:** ocorre quando a agulha está fora da veia, no tecido subcutâneo e o líquido administrado ajuda na formação de edema tecidual doloroso com redução da velocidade da infusão.

Cuidados de Enfermagem: interromper a infusão, retirar a agulha, fazer aplicação de calor local e elevar o membro afetado.

- **Hematoma:** ocorre quando há sangramento da veia para o tecido subcutâneo, com tumefação local. A causa comum é a transecção da veia puncionada ou uma má compressão do local após retirada da agulha.

Cuidados de Enfermagem: suspender a infusão, retirar a agulha, realizar curativo compressivo local, fazer compressa de gelo no local e elevar o membro afetado.

- **Flebite:** é a inflamação de uma veia, em presença de dor e hiperemia ao longo do trajeto da mesma, com aparecimento de descoloração da pele próximo ao local de inserção da agulha. Ocorre sinais flogísticos e a temperatura corporal pode elevar-se. A causa é uma irritação química ou física da veia ou por ação bacteriana.

Cuidados de Enfermagem: interromper a infusão, retirar a agulha, aplicar gelo nas primeiras 24 horas e depois fazer calor local. Deve-se elevar o membro e se necessário utilizar anticoagulantes.

- **Infecção local:** é causada por antisepsia insatisfatória ou por material contaminado. Ocasiona dor local, inflamação, descoloração, drenagem de pus e necrose.

Cuidados de Enfermagem: interromper a infusão, retirar a agulha, colher material para cultura e realizar curativo.

- **Lesão de nervo:** esta lesão pode ocorrer por compressão exagerada do material usado na contenção do cliente, apoio do braço mal colocado, comprometendo a circulação. Resulta em dormência e formigamento do membro.

Cuidados de Enfermagem: retirar a contenção, solicitar avaliação neurológica em caso de perda de movimento do membro afetado, estimular fluxo sanguíneo na área e realizar fisioterapia local.

➤ **Complicações gerais:**

- **Infecção generalizada (septicemia)** que ocorre geralmente devido a antissepsia incorreta ou uso de material contaminado resultando em bacteremia, febre alta, calafrios, dor nas costas, vômitos e desconfortos.

Cuidados de Enfermagem: interromper a infusão, retirar a agulha, colher material para hemocultura e administrar medicamento conforme prescrição.

- **Embolia** que ocorre quando parte de agulha, ar ou coágulo desprende-se e fica livre na corrente sanguínea, podendo alojar-se em vaso de calibre maior causando dano local.

Cuidados de Enfermagem: profilático com o controle de qualidade do material, técnica correta de punção e instalação da fluidoterapia.

**Material necessário à instalação da fluidoterapia:**

- Algodão com álcool ou outro antisséptico;
- Garrote;
- Scalp ou abocath;
- Gaze estéril;
- Esparadrapo ou micropore;
- Luvas;
- Soro prescrito, já com rótulo e equipo instalado;
- Cuba rim para desprezar material usado.

**Obs: a escolha de uso do scalp ou abocath vai depender do volume de líquido prescrito e das condições venosas encontradas, sendo que, normalmente usa-se abocath em veias mais calibrosas e scalp em veias menos calibrosas, bem como, quanto maior o volume, mais calibroso deve ser o scalp ou abocath.**

**Técnica:**

- Lave as mãos antes de iniciar o procedimento;
- Use técnica asséptica durante todo o procedimento;



- Oriente o cliente sobre o procedimento a ser realizado;
- Observe a validade do material a ser utilizado, presença de partículas na solução ou vazamento no frasco ou equipo;
- Faça o rótulo e fixe no frasco de soro, date o equipo;
- Retire o ar do equipo;
- Conecte o scalp ao equipo, retire o ar do scalp;
- Corte um pedaço de esparadrapo e deixe-o próximo;
- Garroteie o membro e escolha o vaso a ser puncionado;
- Faça antisepsia do local;
- Puncione o vaso, observando que o bixel da agulha deve estar voltado para cima;
- Ao refluir o sangue pelo scalp, solte o garrote e abra o soro;
- Observe o local para ver se não há formação de soroma;
- Fixe o scalp com esparadrapo;
- Identifique no esparadrapo o número do scalp, data e hora da punção e assinatura de quem puncionou;
- Regule o gotejamento correto de soro;
- Recolha o material e dê o destino adequado;
- Lave as mãos;
- Registre no prontuário.

**Atenção!!! Punção com abocath deve ser realizada com luva estéril. Deve-se fazer antisepsia local com uso de povidine tópico. Após a punção, ao refluir o sangue tracione o mandril e progrida o catéter pelo vaso adentro. Coloque uma gaze sob o catéter, junto a inserção do mesmo.**

**Não esqueça do rótulo!!! Este deve conter: nome do cliente, tipo de soro, número do frasco, medicação, número de gotas, horário de início e término previsto, data e assinatura de quem preparou e instalou a solução.**

**O cálculo do gotejamento de soro é o seguinte:  $n.^{\circ}$  de gotas = volume**

**tempo X 3**

**Obs: caso você esteja usando um equipo de microgotas, multiplique o resultado por 3.**

## NEBULIZAÇÃO

A nebulização consiste numa forma de tratamento das várias afecções pulmonares, através de substâncias especiais associadas ao oxigênio ou ar comprimido.

Tem a finalidade de umidificar o trato respiratório ajudando a aliviar a irritação da mucosa, diluindo e desprendendo as secreções e crostas.

É utilizado para:

- Diminuir a inflamação e congestão das mucosas em resfriados, gripes, sinusites, edema de laringe, laringites agudas e crônicas;
- Facilitar a expectoração e diminuir a tosse em caso de tuberculose, bronquite e outras;
- Umedecer o ar após cirurgias de garganta ou laringe;
- Combater germes pulmonares;
- Promover broncodilatação;
- Administrar medicamentos.

A maior parte de absorção de substâncias inaladas pelo cliente se dá nas superfícies vascularizadas dos alvéolos. Devido a grande superfície dos pulmões, em geral, há rápida absorção desta substância, após a nebulização.

O tempo necessário para nebulizar varia entre 15 e 20 minutos se for apenas com soro fisiológico. Se houver medicação, deve-se deixar até que evapore a solução.

### **Técnica:**

- Lave as mãos;
- Oriente o cliente sobre o procedimento a ser realizado;
- Coloque o medicamento no inalador e conecte-o à extensão e ao aparelho nebulizador;
- Posicione o cliente em posição semi Fowler, ou em decúbito lateral;
- Ligue o aparelho e observe a névoa que sai pela máscara do nebulizador;
- Ofereça o nebulizador ou segure ajustando-o na face do cliente;

- Oriente para que o cliente permaneça com a boca semi-aberta inspirando profundamente durante o procedimento e para que não converse durante a nebulização. Com a boca nesta posição há uma melhor penetração das partículas na via aérea e impede desperdícios do medicamento.

## **SONDAGEM**

As sondas nasogástricas e nasoenterais são comumente usadas em clientes hospitalizados, assim como nos clientes admitidos em locais especializados de enfermagem ou no próprio domicílio.

**Sonda nasogástrica:** pode ser de plástico ou de borracha flexível podendo ser curta ou longa e serve para:

- Descomprimir o estômago removendo gases e líquidos;
- Administrar medicamentos e alimentos;
- Tratar uma obstrução ou um local de sangramento;
- Coletar conteúdo gástrico para análise.

A mais comumente usada é a sonda Levine (sua ponta possui vários orifícios). Pode ser introduzida através do nariz ou da boca até o estômago.

### **Material necessário para instalação da sonda nasogástrica:**

- Sonda nasogástrica;
- Gaze;
- Xilocaína geléia;
- Esparadrapo;
- Seringa de 20 ml;
- Estetoscópio;
- Cuba redonda;
- Toalhas de papel;
- Cuba rim;
- Espátula;
- Copo com água;
- Luva de procedimento.

## **Técnica:**

- Lave as mãos;
- Explique o procedimento ao cliente;
- Forneça privacidade ao cliente;
- Calce as luvas de procedimento;
- Retire a prótese dentária, se necessário;
- Posicione o cliente em semi-Fowler, ou sentado numa cadeira;
- Teste a narina que melhor funciona, ocluindo cada lado do nariz separadamente e escolha a de melhor fluxo de ar;
- Meça a sonda do lóbulo da orelha até a ponta do nariz, deste até o apêndice xifóide, acrescentando três dedos. Marque a sonda com esparadrapo para visualizar o tamanho a ser introduzido;
- Lubrifique a sonda com xilocaína geléia, e introduza na narina;
- Avance a sonda até que esteja visível na parte posterior da faringe. Se o cliente estiver lúcido, peça para deglutir um gole d'água. Avance a sonda cada vez que o mesmo engolir, até a marca;
- Observe durante o procedimento sinais de asfixia. Se positivo, retire a sonda;
- Verifique se a sonda está no estômago com os seguintes testes:
  - Aspire a sonda com auxílio de seringa, caso venha suco gástrico ou restos alimentares estaremos seguros que está no estômago;
  - Mergulhe a ponta externa da sonda num copo com água; caso esteja no pulmão, borbulhará. Então retire rapidamente;
  - Introduza ar, com auxílio de seringa 20 ml, e ausculte a região hipogástrica concomitante; se estiver no estômago auscultaremos ruídos hidroaéreos.
- Fixe a sonda com esparadrapo;
- Conecte a sonda conforme indicação;
- Reposicione o cliente;
- Mantenha a cabeça do cliente elevada por 30 minutos no mínimo, evitando assim o refluxo;
- Organize o ambiente e materiais;

- Lave as mãos;
- Registre no prontuário.

**Sonda nasoenteral:** a sonda nasoenteral, ou sonda longa, é introduzida através do nariz e passada pelo esôfago e estômago até o jejuno.

Ela é usada para:

- Alimentar e hidratar o cliente;
- Aspirar conteúdo intestinal;
- Fazer descompressão;
- Aliviar obstruções do intestino delgado;
- Administrar medicações.

**Material necessário para instalação da sonda nasoenteral:**

- Sonda nasoenteral;
- Gaze;
- Xilocaína geléia;
- Esparadrapo;
- Seringa de 10 ml;
- Estetoscópio;
- Toalhas de papel;
- Cuba rim;
- Copo com água;
- Luva de procedimento;
- Vaselina ou glicerina líquida.

**Técnica:**

- Lave as mãos;
- Explique o procedimento ao cliente;
- Forneça privacidade ao cliente;

- Calce as luvas de procedimento;
- Retire a prótese dentária, se necessário;
- Posicione o cliente em semi-Fowler;
- Teste a narina que melhor funciona, ocluindo cada lado do nariz separadamente e escolha a de melhor fluxo de ar;
- Meça a sonda do lóbulo da orelha até a ponta do nariz, deste até o apêndice xifóide, acrescentando 30 cm. Marque a sonda com esparadrapo para visualizar o tamanho a ser introduzido;
- Lubrifique a sonda com xilocaína geléia, e introduza na narina;
- Introduza o guia na sonda, lubrificando com vaselina ou glicerina líquida, para facilitar sua retirada após a introdução da sonda;
- Avance a sonda até que esteja visível na parte posterior da faringe. Se o cliente estiver lúcido, peça para deglutir um gole d'água. Avance a sonda cada vez que o mesmo engolir, até a marca;
- Observe durante o procedimento sinais de asfixia. Se positivo, retire a sonda;
- Duas a três horas após, o próprio peristaltismo gástrico, dirige a extremidade distal da sonda para o duodeno. O cliente deve permanecer em jejum até 12 horas após apenas com SG 5% à 6 gotas/minuto pela sonda, para manter a permeabilidade da mesma; quando então é feita a radiografia do abdome e se conhece a real posição da sonda;
- Oriente o cliente a permanecer em posição semi-Fowler de 6 à 12 horas;
- Verifique se a sonda está no estômago com os seguintes testes:
  - Aspire a sonda com auxílio de seringa, caso venha suco gástrico ou restos alimentares estaremos seguros que está no estômago;
  - Mergulhe a ponta externa da sonda num copo com água; caso esteja no pulmão, borbulhará. Então retire rapidamente;
  - Introduza ar, com auxílio de seringa 20 ml, e ausculte a região hipogástrica concomitante; se estiver no estômago auscultaremos ruídos hidroaéreos.
- Fixe a sonda com esparadrapo;
- Retire o guia da sonda;
- Conecte a sonda conforme indicação;

- Organize o ambiente e materiais;
- Lave as mãos;
- Registre no prontuário.

**Obs: o cliente deve manter jejum de 2 horas antes da passagem da sonda para evitar vômitos e possível aspiração pulmonar.**



## **CATETERISMO VESICAL**

A cateterização urinária consiste na introdução de uma sonda até a bexiga através do orifício da uretra.

Dependendo da finalidade as sondas podem ser introduzidas por um período longo ou curto de tempo.

As sondas de alívio são utilizadas para:

- esvaziamento da bexiga antes de cirurgias;
- coletar amostra de urina estéril;
- drenar bexiga distendida.

As sondas de demora são utilizadas para:

- drenagem vesical contínua;
- instalação repetida de medicações ou líquidos;
- monitorização da produção de urina;
- controle da incontinência.

Os catéteres mais utilizados são os feitos de plástico ou borracha. Alguns estudos sugerem incidência menor de infecção com catéteres revestidos com silicone por sua menor absorção de material orgânico.

### **Material necessário à instalação da sonda vesical:**

- Material para higiene íntima;
- Pacote de cateterismo vesical;
- Sonda Foley ou Nelaton;
- Luvas estéreis;
- Solução antisséptica;
- Bolsa coletora (no caso de sonda de demora);
- Anestésico tópico;
- Ampola de água estéril (no caso de sonda de demora);
- Esparradrapo.

### **Técnica ( para homem ):**

- Lave as mãos;
- Explique o procedimento ao cliente;
- Coloque o cliente em decúbito dorsal com as pernas estendidas;
- Lave a região genital com água e sabão;
- Abra o pacote de cateterismo utilizando técnica asséptica;
- Faça antisepsia na região pubiana, corpo do pênis e glânde, no sentido do meato para a base da glânde;
- Disponha todo o material sobre o campo estéril (sonda, bolsa coletora e lubrificante sobre a gaze);
- Abra a ampola de água estéril;
- Calce as luvas, teste o balão da sonda, aspire a água estéril com a seringa, conecte a sonda ao intermediário da bolsa coletora e lubrifique de 20 a 30 cm da sonda;
- Coloque o campo na região genital;
- Coloque a cuba sobre as pernas do cliente, sobre o campo estéril (em caso de sonda de alívio);
- Segure o pênis firmemente abaixo da glânde, retraindo o prepúcio e elevando o pênis até a posição vertical;
- Introduza a sonda de 17 a 25 cm até a drenagem da urina;
- Infle o balão e tracione suavemente a sonda até atingir o colo vesical;
- Reposicione o prepúcio;
- Fixe a sonda lateralmente;
- Pendure a bolsa coletora e mantenha-a sempre abaixo do nível da bexiga;
- Certifique-se de que o sistema esteja fechado;
- Dê o destino adequado ao material e deixe o ambiente em ordem;
- Lave as mãos;
- Oriente o cliente e família sobre os cuidados com a sonda;
- Registre no prontuário.

### **Técnica (para mulher):**

- Lave as mãos;
- Explique o procedimento ao cliente;
- Coloque a cliente em posição ginecológica;
- Lave a região genital com água e sabão;
- Abra o pacote de cateterismo utilizando técnica asséptica;
- Faça antisepsia na região pubiana e vulva iniciando pelos grandes lábios, pequenos lábios no sentido de cima para baixo;
- Disponha todo o material sobre o campo estéril (sonda, bolsa coletora e lubrificante sobre a gaze);
- Abra a ampola de água estéril;
- Calce as luvas e teste o balão da sonda, aspire a água estéril com a seringa, conecte a sonda ao intermediário da bolsa coletora e lubrifique de 5 a 10 cm da sonda);
- Coloque o campo na região genital;
- Coloque a cuba entre as pernas da cliente sobre o campo estéril em caso de sonda de alívio;
- Com os dedos da mão não dominante afaste os grandes lábios e introduza a sonda suavemente de 8 a 15 cm até a drenagem da urina;
- Infle o balão e tracione suavemente a sonda até atingir o colo vesical;
- Fixe a sonda lateralmente;
- Pendure a bolsa coletora e mantenha-a sempre abaixo do nível da bexiga;
- Certifique-se de que o sistema esteja fechado;
- Dê o destino adequado ao material e deixe o ambiente em ordem;
- Lave as mãos;
- Oriente o cliente e família sobre os cuidados com a sonda;
- Registre no prontuário.

## **ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES**

Consiste na aplicação de sucção ao trato respiratório do cliente para ajudá-lo a remover secreções líquidas das vias aéreas superiores ou inferiores. Antes de se empregar a aspiração, geralmente se realiza técnicas menos invasivas para remoção de secreções.

É indicado para:

- Clientes impossibilitados de remover e eliminar secreções;
- Clientes traqueostomizados.

### **Material necessário para aspiração:**

- Fonte de oxigênio;
- Ar comprimido o vácuo;
- Frasco coletor;
- Intermediário de látex;
- Sonda de aspiração;
- Frasco de soro fisiológico a 0,9%;
- Luvas estéreis;
- Pacote de gaze estéril;
- Seringa de 5 ml;
- Copo descartável;
- Água destilada estéril;
- Agulha;
- Máscara descartável.

### **Preparo do material para aspiração:**

- Antes da aspiração, escolha uma sonda de tamanho adequado (número 12 a 18 para adultos), pois diferenças grandes entre o calibre da cânula de traqueostomia e a sonda podem provocar traumatismos;

- Coloque o material sobre uma mesa de preferência no lado que facilite seu trabalho;
- Teste a fonte de ar ou vácuo;
- Observe se o frasco coletor esta bem adaptado.

### **Técnica para aspiração de secreções oral e nasal:**

- Observe se o cliente apresenta sinais sugestivos de presença de secreções (ruídos, dispnéia cianose...);
- Explique ao cliente o procedimento;
- Lave as mãos;
- Abra o pacote da sonda na extremidade distal de aspiração, adaptando ao intermediário, mantendo protegida dentro do invólucro;
- Calce as luvas;
- Para a inserção nasal da sonda deve-se utilizar lubrificante hidrossolúvel estéril na ponta da sonda, evitando assim traumatismos teciduais. Se o cliente tossir, detenha a introdução da sonda e prossiga com o movimento quando ele inalar;
- Abra o pacote de gaze estéril;
- Clampeie o intermediário, ajuste a pressão de sucção entre 80 e 120 mmHg;
- Toda a manobra da aspiração (introdução até a retirada da sonda) não deve ultrapassar 15 segundos;
- Introduza a sonda de aspiração na boca ou nariz, desclampeie o intermediário, aspire utilizando movimentos rotatórios e retire a sonda com cuidado;
- Deixe o cliente descansar por 20 a 30 segundos antes de uma nova aspiração;
- Se o cliente tiver condições, peça para respirar profundamente e tossir entre as aspirações;
- Repita a aspiração, avaliando sempre as condições do cliente;
- Despreze a sonda no saco de lixo próprio;
- Introduza a extremidade do intermediário de látex no copo descartável com SF 0,9%, aspirando afim de fazer a limpeza deste;
- Lave as mãos;

- Mantenha o ambiente em ordem;
- Registre no prontuário.

### **Técnica de aspiração traqueal:**

- Selecione e prepare os materiais conforme já descrito acima;
- Explique ao cliente o procedimento;
- Lave as mãos;
- Coloque o cliente em posição elevada, promovendo a expansão pulmonar;
- Abra o pacote da sonda na extremidade distal de aspiração, adaptando ao intermediário, mantendo protegida dentro do invólucro;
- Se o cliente estiver sendo ventilado mecanicamente, faça a pré-oxigenação com o ambu;
- Para fazer a instilação traqueal, coloque 3 ml de água estéril no tubo, ambuze 3 vezes antes de aspirar;
- Observe se o cliente está sendo mantido em PEEP, pois dependendo do valor utiliza-se a aspiração fechada;
- Introduza delicadamente a sonda na cânula; a aspiração só deve ser realizada durante a fase de retirada da sonda;
- Desconecte o ventilador (SN);
- Ao introduzir a sonda, observe para que a mesma não ultrapasse a cânula, evitando assim traumatismos;
- Repita a aspiração de 3 a 5 vezes, não ultrapassando 15 segundos;
- Após a aspiração, reajuste o fluxo de oxigênio prescrito;
- Despreze as luvas e a sonda no lixo próprio, proceda a limpeza do intermediário;
- Se a FC e o ritmo modificarem durante o procedimento interrompa a aspiração, ventile o cliente e avise a equipe;
- Troque o frasco coletor, intermediário e frasco de soro de acordo com a rotina;
- Lave as mãos;
- Mantenha o ambiente em ordem;
- Registre no prontuário.

## ANEXO 8

## HIGIENE E CONFORTO

Os seres humanos possuem várias diferenciações com relação ao seu humor, personalidade e o corpo. Cada indivíduo é diferente. Assim sendo, a pele, os cabelos, a pigmentação, a espessura cutânea, tudo é diferente. Cada um herdou um conjunto de fatores genéticos que podem ser influenciados pelo meio em que se vive, pelo tipo de vida que se leva e pelos cuidados dedicados à saúde.

A higiene é algo bem pessoal e de muita importância na saúde da pele. As práticas variam de indivíduo para indivíduo, decorrente de fatores culturais e familiares.

Cada etapa da vida possui fatores importantes que nos chamam atenção. À medida que envelhecemos, ocorrem alterações na textura da pele, tais como, enrugamento, frouxidão, aumento da pigmentação pela exposição à luz solar, diminuição do turgor, espessura elasticidade da pele e diminuição das secreções gordurosas. Estes fatores levam a um ressecamento e descamação da pele, o que torna os idosos menos resistentes a banhos frequentes. As loções e cremes oleosos podem ser um bom artifício de hidratação.

### **Por que realizar higiene?**

Os objetivos da higiene são:

- Proporcionar um meio biologicamente seguro, através da limpeza, aumento da circulação sanguínea, exercícios passivos e ativos;
- Proporcionar conforto e relaxamento;
- Estabelecer relação pessoa-pessoa;

Algumas doenças podem causar incapacidades impedindo que as pessoas realizem o seu auto-cuidado levando-o a exalar odores desagradáveis devido a má higienização da pele, cabelo e/ou dentes. Unhas encravadas ocorrem quando não são cortadas, principalmente nos pés, interferindo no caminhar. Quando a higiene da pele é negligenciada, ou realizada inadequadamente, as áreas de pressão têm maior probabilidade de serem lesionadas, tornando-se vulneráveis a infecção. A higiene bucal inadequada pode levar à gengivite, formação de placas e tártaros e tornar a língua com crostas danificando assim a percepção do gosto/paladar e propiciando infecções secundárias. A caspa, assim



como o aparecimento de parasitas, são problemas sérios. Estes e outros problemas podem fazer parte da falta de higienização.

As formas de manter a higiene do corpo incluem: banho, higiene oral, cuidado com os cabelos, cuidados com a barba e cuidados com as unhas.

### **Como realizar o banho?**

Há três opções com relação ao tipo de banho:

- Banho de chuveiro, sem auxílio;
- Banho de chuveiro, com auxílio, caminhando ou com cadeira de rodas própria; e
- Banho no leito.

### **Material necessário para o banho no leito:**

- Bacias;
- Jarro;
- Luvas de procedimento;
- Toalha de banho e de rosto;
- Sabonete;
- Hidratante;
- Roupa de cama.

### **Como realizar?**

- Lave as mãos;
- Coloque a toalha de rosto sobre o peito da pessoa;
- Encha as bacias com água morna;
- Calce as luvas e inicie a higiene facial, limpando primeiro os olhos, com movimentos da região interna para externa de cada olho. Segue-se a higiene do restante da face, incluindo orelhas e pescoço;
- Seque o rosto da pessoa com a toalha de rosto;
- Lave as mãos e braços com massagens circulares usando o sabonete quantas vezes forem necessárias para propiciar boa limpeza de pele, mãos e axilas;
- Coloque a toalha de banho sob o braço que deve ficar estendido ao lado do corpo;

- Ensaboe a mão e o braço com movimentos longos;
- Lave e cubra com a toalha para secar;
- Use hidratante realizando massagem;
- Faça o mesmo com o outro braço;
- Ensaboe o peito e a barriga;
- Lave-os e seque-os cobrindo a pessoa;
- Exponha uma perna de cada vez e ensaboe;
- Lave-a e seque-a;
- Limpe o pé e seque bem entre os dedos;
- Ajude a pessoa a ficar de lado, expondo as costas e as nádegas;
- Ensaboe as costas com movimentos firmes, massageando as regiões avermelhadas e sobre os ossos;
- Lave e seque;
- Inicie a higiene íntima, a partir da face interna da coxa, região pubiana, genitais e por último anal;
- Enxágüe com água e seque;
- Vista a pessoa e aproveite para trocar a roupa de cama;
- Retire as luvas;
- Dê o destino adequado ao material;
- Lave as mãos.

**Obs: não esqueça de trocar a água das bacias quantas vezes forem necessárias.**

### **Porque realizar a higiene oral?**

Os cuidados da cavidade oral incluem a assistência regular ao dentista, assim como a limpeza adequada dos dentes. O ato de escovar os dentes remove as partículas de alimento, que representam meio adequado para o crescimento de bactérias. Além disso, também massageia as gengivas e estimula a circulação. A limpeza dos dentes ajuda a manter a língua e os lábios úmidos, assim como limpos. O gosto agradável e o frescor da boca são importantes para o apetite e para que a pessoa saboreie o alimento. Portanto, a boa higiene oral contribui para a obtenção de condições nutricionais adequadas.

Muitos dentistas aconselham a limpeza dos dentes após cada refeição ou, no mínimo, o bochecho da boca após a ingestão de alimentos. Essas medidas ajudam a evitar o acúmulo de partículas alimentares sobre e entre os dentes, o que predispõe às cáries dentárias.

A higiene oral possui como finalidade:

- Limpeza da língua e dentes;
- Prevenir infecções;
- Combater a infecção já instalada; e
- Proporcionar conforto e bem estar a pessoa, fazendo com que ele se sinta socialmente aceito.

Os cuidados da boca são também essenciais para pessoas com dentadura. Quando a pessoa não pode retirar sua própria dentadura você pode fazê-lo e limpá-la. Deve-se tomar cuidado na retirada, no seu manuseio durante a limpeza e na recolocação.

As pessoas que não podem tomar água ou se alimentar, devido à prescrição médica ou por serem incapazes de comer e beber suficientemente necessitam de cuidados orais a intervalos frequentes ( a cada quatro horas), afim de manter a língua, os dentes e as gengivas limpos, úmidos e em boas condições, assim como para evitar o ressecamento e rachadura dos lábios.

### **Como realizar a higiene oral?**

#### **Para pessoa semi-dependente:**

- Lave as mãos;
- Prepare o ambiente, separe e organize o material;
- Coloque a pessoa sentada, se possível;
- Proteja a roupa da pessoa com uma toalha;
- Calce luvas de procedimento;
- Instrua a pessoa sobre o modo correto de escovar os dentes e a língua (escovar os dentes de cima para baixo e a língua de trás para frente);

- Coloque um recipiente específico no queixo da pessoa, para receber a água utilizada;
- Enxágüe a escova e guarde-a;
- Deixe o ambiente confortável e em ordem;
- Retire as luvas;
- Dê o destino adequado ao material;
- Lave as mãos.

**Para pessoa dependente:**

- Umedeça a escova com água e enxaguante bucal;
- Escove os dentes com movimentos circulares;
- Dê água para bochechar;
- Adapte um recipiente adequado ao queixo da pessoa;
- Escove a língua para retirar as crostas;
- Faça a pessoa bochechar várias vezes;
- Enxugue sua boca;
- Dê o destino adequado ao material e deixe o ambiente em ordem;
- Retire as luvas;
- Lave as mãos;

**Para pessoa em estado grave ou inconsciente:**

- Se possível, coloque a pessoa um pouco inclinada;
- Proteja a roupa da pessoa com toalha de rosto;
- Adapte um recipiente específico ao lado do queixo;
- Lave as mãos e calce as luvas de procedimento;
- Umedeça a gaze e proceda a limpeza dos dentes e gengivas limpando as bochechas e o céu da boca;
- Limpe a língua utilizando espátula, cotonete ou com gaze enrolada no dedo;
- Lave os lábios e lubrifique-os com óleo se estiverem ressecados;
- Reorganize o ambiente;
- Retire as luvas;

- Lave as mãos.

### **Cuidados com os cabelos**

- Lave sempre que necessário durante o banho;
- Seque os cabelos após para evitar resfriamento;
- Penteie os cabelos e prenda, se necessário.

### **Finalidades da higiene dos cabelos:**

- Promover a limpeza dos cabelos e couro cabeludo;
- Proporcionar conforto a pessoa;
- Estimular a circulação do couro cabeludo;
- Evitar o aparecimento de piolho e caspa.

### **Cuidados com a barba:**

Quando a pessoa não puder se barbear, você pode ajudar. Necessita-se de água quente/morna, que amolece os pêlos. Após a obtenção de espuma com o creme e o pincel na pele da pessoa, passa-se o barbeador com movimentos curtos e firmes. Estica-se a pele sobre o osso e barbeia-se no sentido do crescimento do pêlo. Utiliza-se loção após barba se houver.

### **Cuidados com as unhas:**

- Limpe e corte as unhas da pessoa, caso ela não possa realizar os seus próprios cuidados;
- As unhas dos dedos dos pés devem ser cortadas em ângulo reto;
- Tenha cuidado com portadores de diabetes ou distúrbios circulatórios, pois um ferimento pode ocasionar uma má cicatrização, infecção e consequências mais graves;
- Caso as unhas sejam muito duras, coloque em imersão com água morna durante 10 a 15 minutos afim de amolecê-las o suficiente para serem cortadas.

## **SORO**

### **Porque colocar o soro?**

**R:** O soro é colocado para administrar líquidos pela veia e se faz necessário quando a quantidade de líquido no organismo não é suficiente ou quando há o risco de não ser suficiente.

A administração de líquidos pela veia é preciso para: manter a quantidade de líquido que o organismo possui, repor líquidos perdidos durante a cirurgia, hemorragia e/ou trauma e para administrar medicamentos.

### **Como cuidar do soro?**

**R:** - Não abaixe ou levante o frasco do soro por mais de alguns segundos, pois a elevação do frasco fará com que o líquido pingue mais rápido e abaixando-o a velocidade do líquido pingando pode diminuir e até parar;

- Não pare o soro sem consultar a equipe que cuida do cliente;

- Olhe várias vezes por dia o local onde a agulha está inserida e observe se está inchado, muito vermelho, e/ou doloroso. Estes sinais podem ocorrer quando a agulha encontra-se fora da veia;

- Observe o frasco e verifique se está ocorrendo vazamento no mesmo. Caso exista, comunique a equipe;

- Mantenha a região onde está inserida o soro sempre seca;

- Evite puxar o soro, pois isto pode retirar a agulha da veia. Porém, isto não impede que o braço seja movimentado. Deve-se apenas ter cuidado com os movimentos.

## **NEBULIZAÇÃO**

### **Para que fazer nebulização?**

**R:** A nebulização promove a umidificação das secreções pulmonares. A umidade ajuda a aliviar a irritação da mucosa, dilui secreções espessas e afrouxa as crostas. Também, é utilizado para administrar medicamentos em forma de partículas que são inaladas promovendo a liberação de secreções.

### **Como preparar a nebulização?**

**R:**

- Lave as mãos!!
- Coloque a solução nebulizadora no copinho (soro fisiológico 0,9%) e, quando prescrito, a medicação.
- Após preparada a solução feche o copinho e adapte-o a máscara e ao intermediário.
- Coloque o cliente sentado, ligue o nebulizador e observe o vapor que deverá sair da máscara.
- Ajuste a máscara no rosto do cliente, pedindo para que este permaneça com a boca semi-aberta inspirando profundamente por cerca de 15 minutos ou até acabar a solução.
- Após o término lave todo o material com água corrente.

## **SONDA NASOGÁSTRICA**

### **Porque colocar uma sonda?**

**R:** O uso de uma sonda nasogástrica se faz necessário quando a pessoa não é capaz de alimentar-se adequadamente pela boca, e isto pode ocorrer devido a diversos fatores como: quando a pessoa não consegue engolir, quando tem algum obstáculo impedindo a passagem do alimento, e principalmente quando a pessoa tem o nível de consciência diminuído.

A sonda pode ser usada também para complementar a alimentação daqueles que estão com o apetite diminuído e com isso não atingem as necessidades nutricionais diárias.

### **Onde está localizada a sonda?**

**R:** A sonda pode estar localizada no estômago ou no início do intestino. Geralmente ela é introduzida pelo nariz. Se houver algum problema que impossibilite sua passagem pelo nariz, ela então é introduzida pela boca.

### **Como cuidar da sonda?**

- A sonda deve estar sempre fixa, no nariz ou na bochecha;
- Observe se a marca na sonda, feita com esparadrapo, para indicar até onde ela deve ser introduzida está localizada na entrada do nariz, certificando-se da sua localização correta;
- Após cada alimentação introduza água para lavar a sonda, impedindo o entupimento da mesma;
- Sempre deixe a ponta da sonda fechada para impedir a entrada de ar;
- Quando uma dieta é colocada ela deve estar na temperatura ambiente. Para isso, deixe por cerca de meia hora antes fora da geladeira;
- Outro cuidado que deve ser observado ao colocar a alimentação é a velocidade que está descendo. Não deve ser rápido, pois pode provocar vômitos ou diarreia. Ajuste a velocidade de acordo com a orientação da equipe;



- Antes de iniciar a alimentação eleve a cabeceira da cama prevenindo a aspiração da alimentação e refluxo.

## **SONDA VESICAL**

### **Porque usar sonda vesical?**

**R:** Uma sonda vesical é colocada só quando absolutamente necessário. Elas podem ser utilizadas para drenar a urina ou introduzir medicação ou líquidos. Dependendo do objetivo ela pode ser colocada por um curto período (sonda de alívio), ou por períodos longos (sonda Foley ou de demora).

### **Onde está localizada a sonda?**

**R:** As sondas são tubos de borracha ou plástico que são introduzidas no orifício da uretra e vão até a bexiga. As sondas de demora possuem um balão na ponta que é inflado após estar colocada na bexiga fixando-a. A sonda de demora é ligada a uma bolsa coletora, através de um equipo, onde fica a urina drenada.

### **Como cuidar da sonda?**

**R:**

- Sempre que for manusear a sonda deve-se lavar as mãos prevenindo infecções;
- Não separe a sonda do equipo ou o equipo da bolsa, mantendo sempre o sistema de drenagem fechado estéril;
- Observe se o intermediário da sonda não está dobrado, impedindo o fluxo livre da urina, promovendo retenção urinária;
- Observe se a sonda está drenando, através da quantidade de urina, de vazamentos ao redor da sonda e do abaulamento abaixo do umbigo;
- Deve-se esvaziar a bolsa coletora de urina a cada 6 horas;
- Indica-se realizar higiene íntima no mínimo 2 vezes ao dia;
- Realize a rotação da sonda 1 vez por semana para observar incrustações.

## **ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES**

**Por que deve-se aspirar as secreções?**

**R:** A aspiração é realizada para remover as secreções do sistema respiratório que a pessoa não consegue eliminar sozinha, favorecendo assim uma boa respiração.

**Quando fazer a aspiração de secreções?**

**R:** Deve-se aspirar sempre que a pessoa demonstrar sinais que indiquem a presença de secreções, como ruído, falta de ar e pele ou lábios de coloração roxa, ou conforme orientação da equipe.

## **APLICAÇÃO DE INSULINA**

**Como aplicar insulina?**

**R:**

- Lave as mãos;
- Coloque o material próximo (seringa, algodão, álcool);
- Retire a insulina em uso da geladeira;
- Role a insulina entre as mãos;
- Faça a limpeza na borracha;
- Aspire na seringa a mesma quantidade de ar que irá tomar de insulina;
- Injete no frasco a quantidade de ar;
- Vire o frasco e na altura dos olhos aspire a quantidade prescrita;
- Caso forme bolhas dê uns tapinhas na seringa até a bolha subir;
- Faça a limpeza da pele num sentido único com o algodão e álcool;
- Clientes magros devem fazer prega subcutânea entre o dedo indicador e o polegar, e inserir a agulha num ângulo de  $90^\circ$ . Os clientes obesos não necessitam de prega;
- Insira a agulha no local de aplicação e aspire para certificar-se da presença de sangue. Caso positivo despreze e faça uma nova aplicação em outro local.
- Após aplicar contar 1001, 1002, 1003, retire a seringa e comprima o local, porém não esfregue;
- Após, despreze com o material cortante.

**Obs: Faça rodízio para aplicação, ou seja, mude o local de aplicação a cada injeção.**

## ANEXO 9

## **Prescrição de Cuidados UNIMED Lar**

<b>CUIDADOS</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>
Inclua o cliente nas atividades familiares	Sempre
Mude a posição do cliente na cama	De 2 em 2 horas
Proteja as regiões avermelhadas e saliências ósseas com luvas d'água, rolinhos ou almofadas	Sempre
Administre medicação	Conforme prescrição
Auxilie na higiene oral e escovação da língua.	No mínimo 3 X ao dia
Auxilie no banho	Diariamente
Massageie o corpo do cliente com óleos ou cremes de sua preferência	Após o banho
Troque as roupas de cama e mantenha-as esticadas	1 X ao dia ou sempre que necessário
Ofereça líquidos e auxilie na alimentação	Conforme orientação
Lave a sonda com água	Antes e após as refeições
Controle o gotejamento e temperatura da dieta	Sempre
Deixe a cabeceira elevada ao alimentar o cliente	Durante as refeições
Lave bem os recipientes de alimentação	Após as refeições
Observe diurese e evacuações anotando quantidade e aspecto	Conforme orientação
Realize curativos	Conforme orientação
Dê sequência ao exercício de fisioterapia ensinado pelos fisioterapeutas	Conforme orientação
Avise a equipe Unimed Lar em caso de intercorrência	Sempre que necessário
Propicie ambiente tranquilo ao sono	Sempre

**Baseado no modelo criado pela Enfermeira Sibely Mello de Almeida**

**Elaborado pelas Acadêmicas da 8ª fase de Enfermagem  
do curso de Graduação de Enfermagem da UFSC:**

**Andressa Bauer**

**Juliana Matos**

**Michelle Estácio**

**Orientadora: Maria Bettina Camargo Bub**

**Supervisora: Jane Lúcia dos Santos**

## ANEXO 10

## Instrumento II : Avaliação de Úlcera de Pressão

Nome do Paciente:

Idade:

Data do aparecimento da lesão:

Local do aparecimento da lesão:

Fatores Relacionados:

Estágios de Evolução:

Descrição clínica da lesão:

Tamanho:

Profundidade:

Exsudação:

Aspectos (cor, odor):

Lesões cutâneas associadas (escoriação, cisalhamento, dermatites de contato, Resíduos fecais, urinários e sabão):

Condutas/ Intervenção:

Tratamentos/ Curativos:

Processo cicatricial - Aspecto Tissular ( grânulação, escamação, necrose):

Durante a alta. avaliação da lesão:



REGISTRO DE FATORES DE RISCO PARA ÚLCERA DE PRESSÃO - Instrumento I

Nome do paciente	Data de internação	Idade	Diagnóstico Médico	Integridade cutânea mucosa na internação	Fatores de risco	Data do aparecimento da lesão	Local do aparecimento	Data da Alta	OBSER-VAÇÃO

Fatores de risco: 1. hipotermia (Abaixo de 35,5C); 2. hipertermia (acima de 38C) 3. Incontinência (urinária e/ou fecal); 4. Secreções; 5. Imobilização física; 6. Glasgow menor ou igual a oito; 7. Impossibilidade de mudanças de decúbito 8. Sedação e Curarização; 9. Drogas vasoativas; 10. Choque; 11. Obesidade; 12. Caquexia; 13. Desidratação; 14. Edema; 15. Glicemias alteradas; 16. Hematócritos e Hemoglobinas baixos; 17. Sudorese Excessiva; 18. Irritantes químicos; 19. Coletes, talas, aparelhos; 20. Distúrbios Vasculares periféricos.

## ANEXO 11

## **ROTEIRO DE CONSULTA PARA DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

### **1. Regulação neurológica:**

Relato de esquecimento; incapacidade para desempenhar atividades já aprendidas; incapacidade para recordar fatos ou eventos recentes ou passados.

Distúrbios de consciência e autoconsciência, percepção, orientação, raciocínio, tempo de ação, velocidade dos movimentos, fluxo da fala, movimentos involuntários, perdas cognitivas ou intelectuais, incapacidade para adquirir novos conhecimentos. Pessoas com hemiplegia ou hemiparesia.

### **2. Percepção dos Órgãos dos Sentidos:**

Relato de alteração na visão, audição, tato, gustação ou olfato.

Sensação dolorosa (aguda ou crônica- contínua ou decorrente por mais de 6 meses): tempo da dor; tipo de dor; alteração do sono (para crônica); humor deprimido ou ansioso; náusea; comunicação verbal ou não-verbal de dor; expressão facial de dor; tipo e localização da dor; diaforese; comportamento de distração ou desatenção; contração muscular; alteração na frequência e amplitude respiratória.

### **3. Oxigenação:**

Tosse; expectoração; coriza; modificação da frequência e amplitude; dispnéia; cianose; obstrução nasal e uso da musculatura acessória.

### **4. Regulação Vascular e Térmica:**

Pulso; PA; ritmo cardíaco; temperatura; medicamentos para controle da PA; mudança na coloração da pele e membranas mucosas; engurgitamento da jugular e presença de dor no peito; pele fria; cianose de extremidades; palidez cutânea ao elevar as pernas; diminuição dos pulsos periféricos; pele brilhante sem pêlos; úlceras arredondadas; gangrena; unhas secas e quebradiças com crescimento lento; claudicação; variação da pressão sanguínea nas extremidades; cicatrização lenta das lesões; disfunção neurovascular periférica; diabetes; traumatismos.

## **5. Hidratação:**

Ganho ou perda de peso; preferências; frequência; volume e sede; condições da pele e mucosas; edema; pele distendida e brilhante; ansiedade; diarreia; febre; medicação diurética.

## **6. Alimentação:**

Hábitos: quantidade, qualidade e preferências.

Capacidade para preparar o alimento, comprar, manusear utensílios, abrir recipientes, buscar e alcançar objetos, pegar, segurar, agarrar, usar as mãos; dificuldade de deglutição e/ou mastigação; presença de vômitos; falta de apetite; uso de medicamentos causadores de distúrbios gastrointestinais (hipoglicemiantes, anti-hipertensivos e diuréticos) e IMC.

## **7. Eliminações:**

Urinária: incontinência (parcial ou total); disúria; poliúria; nictúria; retenção; urgência e infecção urinária.

Intestinal: hábitos; constipação; flatulência; dor abdominal tipo cólica; consistência das fezes; incontinência e diarreia.

## **8. Integridade Cutâneo-mucosa:**

Pele: eritema; prurido; úlceras; descamação; fissura; bolhas; vesículas; crostas; exantemas; feridas traumáticas. Fatores de risco: pressão sobre a pele; fricção; substâncias irritantes; infecções; reações de hipersensibilidade. Mucosa oral: halitose; dentes cariados; ausência de dentes; gengivite; língua saburosa; dor ou desconforto; placas. Prótese; amputação; deformidades.

## **9. Sono e Repouso:**

Queixas de dificuldade para dormir; acordar mais cedo ou mais tarde que a hora desejada; queixa de não sentir-se bem repousado; queixa de três ou mais despertadas noturnas; labilidade emocional; agitação; irritabilidade; letargia e desatenção; face inexpressiva; fadiga; olheira; bocejo frequente; cansaço. Fatores relacionados: preocupações; alimentação excessiva antes de deitar-se; uso de estimulantes; ansiedade; tristeza; medo; depressão; mudanças do ritmo biológico (viagens, trabalho noturno); perda do companheiro (a) e/ou familiares; ruídos excessivos; urgência urinária; dores; excesso de peso.

#### **10. Segurança Física e Meio Ambiente:**

Deficiência na cicatrização; extremos de idade; rachadura na pele; tecido traumatizado; desnutrição; conhecimento insuficiente para evitar patógenos; fatores vinculados à idade; alterações na mobilidade; fraqueza; fatores químicos (poluentes, venenos, drogas, álcool, cafeína, nicotina, conservantes, cosméticos e tinturas) e imunidade alterada.

#### **11. Atividade física:**

Inabilidade para mover-se dentro do ambiente físico; faixa limitada de movimentos; força; controle ou massa muscular diminuídas; restrições físicas dos movimentos por razões médicas ou mecânicas; coordenação prejudicada; intolerância à atividade devido a vertigem, fadiga ou fraqueza; desconforto ou dispnéia de esforço; alteração na FC ou PA.

#### **12. Cuidado Corporal:**

Incapacidade para banhar-se ou lavar determinadas partes do corpo; incapacidade para obter ou chegar a fonte de água; incapacidade para regular a temperatura e/ou fluxo da água; incapacidade para perceber a necessidade de medidas de higiene; incapacidade para usar o toalete; habilidade prejudicada para colocar ou retirar as roupas e calçar sapatos.

#### **13. Sexualidade:**

Verbalização do problema; alteração na realização do papel sexual percebido; limitação percebida ou imposta por doença e/ou terapia; conflito de valores; inabilidade para alcançar a satisfação desejada; limitações ou mudanças na atividade ou no comportamento sexual; medo de rejeição relacionado a obesidade; medo do fracasso sexual; história de experiências sexuais insatisfatórias; medo de DST; medo da gestação.

#### **14. Regulação: crescimento celular:**

Retardamento no desempenho de habilidades típicas de sua faixa etária; alteração no crescimento físico; inabilidade para o desempenho do auto-cuidado ou auto-controle das atividades apropriadas para idade.

### **15. Terapêutica:**

Escolhas apropriadas de atividades diárias para o preenchimento das metas do tratamento; desejo verbalizado de controlar o tratamento da doença e a prevenção das seqüelas; intenção verbalizada de reduzir os fatores de risco para progressão da doença e suas seqüelas; dificuldade verbalizada com a regulação de um ou mais regimes prescritos para o tratamento da doença e os seus efeitos ou para a prevenção de complicações; verbalização de que não agiu para inclusão do regime de tratamento à rotina diária; não cumprimento do tratamento devido ao custo financeiro do regime terapêutico; efeitos colaterais da terapia; conhecimento insuficiente; desconfiança do regime; conflitos de crenças de saúde; déficit cognitivo e falta de motivação; atividades familiares não apropriadas para o preenchimento das metas de um tratamento ou prevenção; verbalização de que a família não agiu para reduzir os fatores de risco para a progressão da doença e suas seqüelas.

### **16. Comunicação:**

Incapacidade para pronunciar palavras, para escrever, para compreender a fala, para escutar; incapacidade para uma visão geral e para enxergar detalhes.

### **17. Gregária:**

Desconforto verbalizado ou observado em situações sociais; verbalização ou observação de incapacidade para receber ou expressar uma sensação gratificante de perceber, cuidar, interessar-se ou compartilhar com os outros; ausência de suporte significativo de outros (familiares, amigos, colegas); sentimentos expressos de solidão imposta pelos outros; sentimentos expressos de rejeição e isolamento social.

### **18. Recreação e Lazer:**

Diminuição de estímulos, de interesse ou de engajamento em atividades recreativas ou de lazer; verbalização de tédio; desejo de que tivesse alguma coisa para fazer; bocejos frequentes; expressão facial de desânimo; inquietação; agitação; perda ou ganho de peso; hostilidade e expressão constante de sentimentos ou sensação desagradável.

### **19. Segurança Emocional:**

Sentimento sempre negativo de apreensão, incerteza e preocupação; medo; remorso; excitação excessiva; tagarelice; nervosismo; inquietação; tremores; temor de conseqüências

inespecíficas; insônia; pobre contato olho a olho; expressão facial tensa; pupilas dilatadas; rubor facial; voz trêmula; aumento da frequência cardíaca e respiratória; músculos contraídos; irritabilidade; sensação de desamparo; diminuição da capacidade de concentração; dificuldade para pensar; pensamentos ruminantes; medo do desconhecido; relatos de pânico; choro; medo da possível perda de capacidade; sono aumentado ou diminuído; expressão de culpa; falta de iniciativa; retraimento social; capacidade diminuída para solucionar problemas; falta de envolvimento com o auto-cuidado; depressão; fuga de diálogo; déficit de atenção; expressão de culpa, raiva, frustração; minimização dos sintomas; incapacidade de admitir o impacto da doença sobre o padrão de vida; negação da relevância de sintomas graves; uso de remédios caseiros para alívio dos sintomas; alterações do estilo de vida; vergonha; apatia; desejo de vingança; perda da auto-estima e trauma físico.

#### **20. Amor, aceitação:**

Falta de comportamento de ligação materna/paterna; verbalização freqüente de insatisfação ou desapontamento; comportamentos maternos/paternos inapropriados e/ou desfavoráveis; verbalização de frustração com o papel de mãe ou de pai; abandono; fuga; interrupção das rotinas de cuidado; preocupação com as modificações nos papéis familiares; trauma físico e psicológico; verbalização de ressentimento; sentimentos de raiva; medo; ansiedade; angústia; frustração; inadaptação às crises; falta de comunicação efetiva na família; insatisfação das necessidades físicas, emocionais e/ou espirituais dos membros da família; não expressão ou não aceitação da variação de sentimentos e de ajuda; negação dos problemas; problemas conjugais; autocrítica severa; negação da perda de um ente querido; choro freqüente; desmotivação; sentimento periódico e recorrente de tristeza profunda; sensação de que não é compreendido; sensação de vazio e diminuição de auto-estima.

#### **21. Auto-estima, autoconfiança, auto-respeito:**

Expressão de vergonha ou culpa; medo de novas situações; falta de sucesso no trabalho e em outros aspectos da vida; dependência da opinião dos outros; evitar olhar e tocar parte do corpo; recusa em verificar a mudança corporal; imagem mental alterada de si mesmo; sentimento de inferioridade e superioridade; mudanças freqüentes de humor; falta de confiança nas próprias idéias; autoavaliação rigorosa; atribuir culpa ou responsabilidade para outros; sentimento de não merecimento de respeito e de direito à felicidade; isolamento social;

passividade; indecisão; necessidade excessiva de garantias; sentimento de falta de ajuda, desesperança ou impotência e sentimentos de abandono ou de fracasso.

## **22. Liberdade e Participação:**

Verbalização de recusa à mudança no estilo de saúde; receio quanto as consequências da escolha realizada; adiamento da decisão; incapacidade para encontrar escolhas alternativas; autoconcentração; questionamento das crenças e valores ao tentar tomar decisões; tensão; ansiedade; verbalização da incapacidade para pedir ajuda; preocupação crônica; incapacidade para resolver necessidades básicas; distorção da realidade relacionada ao problema de saúde; continuidade das rotinas usuais; agitação; depressão; rejeição; abandono; hostilidade; comportamento demasiadamente protetor ferindo a autonomia do familiar com a saúde deficiente; falta de preparo físico, emocional e técnico para a execução dos cuidados requeridos; expressões de medo, culpa, ansiedade, de pesar antecipado frente aos desafios impostos pela condição de saúde deficiente; dificuldade da pessoa para cuidar do familiar com a saúde deficiente; falta de conhecimento dos recursos comunitários; recursos comunitários inadequados.

## **23. Educação para a saúde/aprendizagem:**

Desejo expresso ou observado de aumentar práticas do controle de saúde; expressão de preocupação relativa à interferência das condições ambientais; falta de familiaridade com os recursos oferecidos pela comunidade; falta de conhecimento em comportamentos de promoção de saúde; comunica ou demonstra uma prática ou estilo de vida pouco sadios; falta de ajustamento à mudanças ambientais; incapacidade para tomar decisões acerca de práticas de saúde; falta de apoio financeiro e pessoal para atender às necessidades de saúde e não aceitação de mudanças na condição de saúde.

## **24. Auto-realização:**

Conflito relacionado à percepção ou ao desempenho do papel; mudança na percepção do próprio papel; negação do papel; conflito de papéis; mudança na capacidade física para reassumir o papel; falta de conhecimento do papel; mudança no padrão usual de responsabilidades; verbalização de preocupação sobre mudanças no funcionamento da família, forma de comunicar-se com os filhos; preocupação com a situação financeira e sentimentos negativos desencadeados por doença de um dos membros da família.



## **25. Espiritualidade:**

Preocupação expressa com o significado da vida ou da morte e/ou sistema de crenças; raiva de Deus; questionamento sobre o significado do sofrimento; preocupação relativa a relacionamentos com divindade; questionamento da própria existência; busca de assistência espiritual; humor irônico; direcionamento de raiva; incapacidade para perdoar; motivação e comprometimento dirigidos aos valores de amor, da significação, da beleza e da verdade e significado e finalidade para a existência da pessoa.

© Bauer, Matos, Estácio, Coelho, Bub & Maia.

## ANEXO 12

**Nome do Cliente:**

**Número do prontuário:**

**Endereço:**

**Telefone:**

## HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

### I. IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Nome: \_\_\_\_\_  
Idade: 49 anos  
Religião: católica  
Procedência: Apelis  
Profissão: do lar / <sup>há 32 anos</sup> cuidadora de idosos  
Estado Civil: casada / 5 filhos  
Nível de Escolaridade: nunca estudou / ã sabe ler, só escreve o nome  
Condições sócio-econômicas: R\$ ± 780,00  
Condições do domicílio: casa própria de alvenaria, mais com 2 filhos e marido (3 quartos / 2 banheiros / sala / cozinha)  
Nível de consciência e/ou condição de comunicação verbal: lúcida, orientada e comunicativa

### II. PERCEPÇÃO E/OU EXPECTATIVA

Queixas, medos, preocupações: do de saber devido a preocupações com o filho, tem medo de ter um infarto, de DM não porque pode controlar

Hábitos, vícios: já fumou há 15 anos (1 a 2 cigarros/dia) por 5 anos, nega bebidas alcoólicas

Conhecimento sobre sua doença atual: diz que o Paulo explicou, possui conhecimentos adequados

Experiência(s) anterior(es) com entidade(s) de saúde, número de internações: 2 partes normais

Cirurgias Anteriores: nenhuma

Outras doenças: DM e HAS Cessou DM este ano e HAS há  $\pm 10$  anos

Alergias: neg

Uso de medicamentos: Hydroclorotiazida (H), Glucoformin<sup>m</sup> (M), AAS, Nuroaldine  
p/ dor de cabeça; Propranolol (LX)

História de doenças na família: (neg), mãe HAS

### III. PROBLEMAS RELACIONADOS COM AS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

#### • Necessidades Psicobiológicas

##### 01. Oxigenação - respiração

- Respiração: espontânea

- Tosse: -

- Expectoração: -

- Coriza: -

##### 02. Hidratação

- Volume:  $\pm 7$  copos/dia de água

- Frequência: -

- Preferência: não gosta suco, gosta de água

- Presença ou não de sede: neg

##### 03. Alimentação

- Appetite: neg sentir fome

- Intolerância: neg, não gosta de Adalayl

- Mastigação: neg problemas relacionados

- Hábitos Alimentares: 4 refeições ao dia, carne magra, frute, não faz controle regular da dieta

- Dependência na alimentação: -

- Deglutição: neg

- Digestão: neg

##### 04. Eliminação

- Intestinal: 1 vez/dia

- Urinária:  $\pm 7$  vezes ou mais

- Menstrual: regular / nunca usa camisinha

De 2º a 5º dia fluxo grande

- Vômitos: neg

#### 05. Sono e Repouso

- Características: tranquilo (ronca)  $\pm$  6 h

- Hábitos relacionados: às vezes, vê filme de vídeo

- Problemas que dificultam: fica preocupado com os filhos e o' d'ame quando eles chegam

- Outros problemas relacionados: neg

#### 06. Atividades Físicas

- Exercícios e atividades físicas praticadas: às vezes caminha (1 hora) 1 a 2 vezes por semana

- Problemas que dificultam a realização de atividades físicas e alterações provocadas pelas mesmas: falta de BR, em mano

- Mecânica corporal (postura, atividade motora): neg dores nos pernas

#### 07. Integridade Física

- Amputação: n

- Deformidade: n

- Próteses: dentária superior

- Problemas relacionados ao uso da prótese: -

#### 08. Integridade cutâneo-mucosa

- Pele: íntegra, corado e hidratado

- Couro Cabeludo: limpo

- Olhos e pálpebras: íntegra bem, não usa óculos, mucosas coradas e hidratadas

- Ouvidos: np

- Boca: sem mucosas coradas e hidratadas

- Nariz: ausência de secreções

- Língua: avermelhada e hidratada

- Dentes: ausência de cáries em arcada superior

- Abdômen: -

- Extremidades: ausência de edema, presença de pulso pedal, com  
alcanha apresentando pele seca com rachaduras

## 09. Cuidado Corporal

- Condições de Higiene: boa

- Cuidado com os pés: desconhece

## 10. Regulações

### Térmica

- Temperatura: -

- Alterações: -

- Fatores que interferem na regulação: -

### Hormonal

- Glicemia: 155 mg/dl

- Alterações Hormonais: DM

### Neurológica

- Nível de Consciência: desconhece

- História de convulsões: negativa

- Vertigens: negativa

### Hidroeletrolítica

- Sede: negativa

- Retenção de líquidos: -

- Outras manifestações de perda de líquidos: -

### Vascular

- Pulso: 72 bpm

- Pressão

Arterial: 13x8 mmHg

- Peso: 71,6 kg

### 11. Percepção dos órgãos dos sentidos

- Visual: dir enxerga bem e não usa óculos
- Auditiva: sp
- Olfativa: sp
- Tátil: sp
- Gustativa: sp
- Dolorosa: apresentando sensibilidade

### 12. Terapêutica

- Condições dos músculos: musculatura eutrófica
- Condições de rede venosa: normal

### 13. Sexualidade

- Problemas relacionados com os órgãos genitais: que eu no ginecologista fazer o preventivo
- Problemas relacionados com a vida sexual: -

### 14. Segurança Física

- Necessidade de prevenção de quedas: -

### 15. Meio ambiente

- Necessidade de medidas específicas relacionadas ao ambiente residencial: -

### • Necessidades Psicossociais e Espirituais

- Segurança emocional: demonstra segurança emocional
- Amor, afeto, atenção: demonstra amor pelo marido e família
- Auto-imagem, auto-estima, aceitação: -
- Auto-realização: sente-se realizada com a vida que leva hoje
- Liberdade, participação: vai a missa, bingo em companhia do marido



- Convívio na comunidade: no participa de grupos comunitários

- Gregária: \_\_\_\_\_

- Recreação: passar com o marido

- Educação para a saúde-aprendizagem: \_\_\_\_\_

## SOAP

S:

Cliente de 49 anos, casado, com 5 filhos, portadora de DM há menos de 1 ano e HAS há  $\pm 10$  anos. Descreveu a HAS devido a dor de cabeça intensa que a fez procurar um hospital. Descreveu DM através de exames solicitados pelo cardiologista. Não portadora de HAS. Fumou por 5 anos (1 a 2 cigarros/dia) e parou há 15 anos. Negou uso de bebidas alcoólicas, outras doenças e alergias. Faz uso de Hidroclorotiazida pela manhã (1 comp.), Propranolol (1 vez ao dia), Glucoformin (1 vez ao dia), AAS e Noraldina® para hipertensão. Não faz controle da dieta, apenas evita gorduras e carne vermelha. Gosta de salada e frutos cheirosos a comer 3 bananas por vez. Faz 4 refeições diárias. Cominha por 1 hora, porém não regularmente chegando a ficar uma semana sem cominha. Passa como tranquila dormindo em média 6 horas/noite. Diz só conseguir dormir depois que seu filho chega do trabalho (por volta das 22h). Refere-se muito preocupada com seus filhos devido à violência nos ruas. Não usa óculos e diz enxergar bem. Descreveu cuidados com os pés: mantém os pés secos com seu marido e usa cominha com métodos contraceptivos: métodos regulares. Refere-se: urina 7 vezes ou mais por dia.

Apresenta-se lívida, orientada e comunicativa, com pele íntegra, corada e hidratada mantendo boas condições de higiene. Mucosas coradas e hidratadas. Pés: ausência de edema, presença de pulso pedal, com calcanhar apresentando pele seca com rachaduras. Musculatura entesificada e rede venosa visível. Apresenta sensação dolorosa em extremidades.

HGT = 155 mg/dl P = 72 bpm PA = 13 x 8 mmHg Peso = 71,6 Kg

Alto

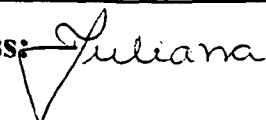
IMC =

- A: - Controle ineficaz do regime terapêutico manifestado pela verbalização de que não incluiu o regime de tratamento à rotina diária relacionado à falta de controle da dieta e de exercícios físicos regulares; e cuidados com os pés.
- Manutenção do ruído alterado manifestado por demonstrar um estilo de vida pouco sadio relacionado à falta de motivação;
  - Nutrição alterada: ingestão maior que as necessidades corporais manifestado por excesso de peso relacionado à falta de exercícios físicos regulares e controle da dieta;
  - Ansiedade manifestada por admitir sentimentos de apreensão relacionados com a preocupação com seus filhos.

- P: - Orientada quanto aos cuidados com os pés, dieta adequada e importância de exercícios físicos regulares.
- Estimulada a procurar o grupo de ginástica da Policlínica;
  - Estimulada a ir ao ginecologista realizar o preventivo;
  - Encaminhada à nutricionista;
  - Marcação retorno.

Data: 27/09/00

Hora: 15:00

Ass:  Juliana

## ANEXO 13

## "Cuidadores" discutem relação família-paciente

Os cuidadores e seus familiares que participam do Programa de Assistência Domiciliar - Unimed Lar - tiveram um encontro no dia 6 de setembro, no auditório da Cooperativa. O principal objetivo do evento foi a integração de todas as pessoas envolvidas com o programa, possibilitando não apenas a troca de experiências, mas também de informações preciosas no cuidado com pacientes portadores de doenças especiais. Coordenado pelo Superintendente da Cooperativa, Dr. Hildebrando Scofano, o encontro contou com a participação da enfermeira e professora da UFSC Maria Betina Bub, que ministrou uma palestra sobre "Relacionamento Família-Paciente".

A Assistente Social do Unimed Lar, Cleci Elisa Albiero, comemorou os resultados do evento destacando as inúmeras sugestões apresentadas pelos participantes para incrementar o trabalho. "Todos gostaram muito e a produtividade alcançada demonstra que podemos realizar novos encontros, ampliando o debate e a integração".

O Programa de Atendimento Domiciliar surgiu no final do ano passado, com a meta maior de humanizar o atendimento de pacientes que precisam de atenção especial e constante, mas não necessariamente hospitalar.



**ENFERMEIRA**  
**Maria Betina**  
**Bub**  
**ministrou**  
**palestra aos**  
**participantes**  
**do encontro**  
**promovido**  
**pelo**  
**Programa**  
**Unimed Lar**



Estes usuários usufruem de atendimento de profissionais das áreas de enfermagem, médica, fisioterapia, dependendo de sua necessidade. "Longe da frieza dos hospitais, os pacientes em casa têm maior conforto e o carinho ao lado dos familiares", explica Cleci.

Para incrementar ainda mais o Programa, que está em fase de aprovação para se tornar mais um serviço efetivo da Unimed, a coordenação da Cooperativa está formando um Banco de Voluntários para visitar os pacientes e levar uma palavra amiga, um incentivo, ler um livro ou cantar.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787  
e-mail: [nfr@nfr.ufsc.br](mailto:nfr@nfr.ufsc.br)

## DISCIPLINA: INT 5134 - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

### Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial

O trabalho está muito bem escrito e esteticamente bem apresentado. Os itens são apresentados respeitando uma sequência apropriada e respeitando as normas da ABNT.

Na introdução as autoras justificam a escolha do tema e apresentam uma idéia geral do trabalho. Porém, a revisão da literatura foi realizada num capítulo próprio. Os objetivos foram elaborados conforme o que preconiza Liss (1996). Assim, após definir qual seria o objetivo final, foram elaborados três objetivos operacionais que, quando alcançados conduzem a realização do objetivo final.

O marco conceitual é apresentado num capítulo próprio e é constituído pelos conceitos de ser humano – cliente, família, ambiente, saúde, doença crônica, incapacidade, enfermagem, processo de cuidar, cuidado domiciliário, cuidado ambulatorial e prática educativa.

Os dois locais de estágio são caracterizados no capítulo de “Considerações metodológicas”, bem como a população alvo e as estratégias de ação.

Os resultados são apresentados nos capítulos 6, 7, 8, 9 e 10, os quais foram desenhados conforme os objetivos propostos. No capítulo 6 é apresentada uma caracterização da clientela atendida na Policlínica de Referência Regional e da UNIMED Lar. Neste capítulo chamo a atenção para as variáveis idade, renda e escolaridade. No capítulo 7 o destaque é para os instrumentos criados, tanto na UNIMED Lar como na Policlínica. No capítulo 8, é relatado o processo de cuidar em todas as suas etapas, realizado com dois pacientes, um da UNIMED Lar e outro da Policlínica. É interessante a maneira como a situação destes clientes é relatada e a forma como foram escritos os diagnósticos de enfermagem. Dou grande destaque ao capítulo 9, no qual é relatada a situação de “João”. Neste capítulo a situação como um todo é analisada do ponto de vista dos princípios da ética biomédica de Childress & Beauchamps (1979). As autoras descrevem a situação do cliente e apresentam duas fotos para melhor ilustrar a condição de “João”. No capítulo 10 relatam a participação em eventos. E, finalmente no capítulo 11, avaliam toda a experiência, iniciando pelos conceitos do marco conceitual, o processo de cuidar e terminam expondo as impressões pessoais sobre o cuidado domiciliário e cuidado ambulatorial. Parabenizo as autoras pelo excelente trabalho realizado e recomendo tanto para consulta como para servir de ponto de partida para novos projetos.